Dr. J. M. Arrillaga Arana

# Revista de los Estudiantes de Medicina

ORGANO OFICIAL DEL CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

MINISTERIO DE SALUD
Inventario y Control Patrimonial
Hospital "Victor Larco Herrera"

AÑO IV - 1940 No. 2 Lima, (PERU)

# Instituto Sanitas

# Sociedad Peruana

LABORATORIOS:

**Av. San Martín 137 — Lima — Teléfono 38187**

Telegramas "Sanitas"

**VITAMINICOS**

Ascorbil Vitamina C
Betamin Vitamina B1
Radsterin Vitamina D

**ANTIANEMICOS**

HEMOLARSINA
OPARSAN
SIMPLE y COMPUESTO

**SULFAMINADOS**

ASEPTIL
BLANCO y ROJO
PIRASEPTIL

**OPOTERAPICOS**

FOLICULINA
PITUITROL
INSULINA
BROMILINA

**HEMOSTATICOS**

SANITROMBIN
GLUCONATO DE CALCIO
ASCORBIL

**TONICARDIADOS**

ESTRICNOCARDINA
ADRENALINA
CORAZOL

## "Si es Peruano es Bueno"

# TODOS los libros para todas las PROFESIONES

**MEDICINA—NOVEDADES.**

ALEXANDER.—Indicaciones sobre el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar.
ARNAUD.—Terapéutica farmacológica.
ASCHOFF.—Tratado de Anatomía Patológica, 2 vols.
ASCHOFF.—Anatomía Patológica de la Tuberculosis.
BAETZNER.—Diagnóstico quirúrgico de las enfermedades del riñón.
BARRAQUER.—Tratado de las enfermedades nerviosas.
BASSET.—Patología Quirúrgica. Tms. I-II-VI.
BERGMANN.—Patología funcional.
BRAEUNING-REDEKER.—Tuberculosis pulmonar hematógena del adulto.
CARDENAL.—Diccionario terminológico de Ciencias Médicas.
CASTRO.—Diagnóstico de actividad en la tuberculosis pulmonar.
CORACHAN.—Cirugía gástrica.
DEMEL.—Diagnóstico de las enfermedades quirúrgicas.
DIEPGEN.—Historia de la Medicina.
ENRIQUEZ-LAFFITE.—Patología Interna. 5 volts.
FISCHER-FERRER.—Curso de autopsias.
GALLART.—8 Lecciones Clínicas.
GAZA.—CUIDADO Y TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS y de los focos de infección cerrados.
GOTSCHLICH ACHURMANN.—Microparasitología y serología.
GUTMANN.—Enciclopedia de prática médica, 2 vols.
GARRIGA.—El tratamiento de la sífilis en sus períodos primario y secundario.
JANET.—Blenorragia.
JURGENS.—Enfermedades infeciosas.
JANSEN.—Enfermedades del oído.
KNEISE.—Atlas de Citoscopía.
LANGE.—Psiquiatría para el médico general.
LETULLE.—Práctica de la Inspección, palpación, percusión y auscultación en clínica médica.
LUST.—Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los niños.
MACLEAN.—Enfermedades del riñón.
MARIE.—Medical vocabulary (english, german, french, italian, spanish).
MORAWITZ.—Enfermedades de la sangre.
MONTAUD.—Meningitis. Sintomatología, diagnóstico y tratamiento.
PIERANTONI.—Compendio de Biología.
PONDER.—Fisiología General.
POULSSON.—Farmacología.
PAITRE-LACAZE.—Pract. anatomoquirúrgica ilustrada. 2 fascículos: I. Región abdominal-toráxica. II. Región abdominal, media y recto.
PELOUZA.—Gonorrea.
PENDE.—Endocrinología.
PUIGVERT.—Endoscopia Urinaria.
ROMBERG.—Enfermedades del corazón y vasos.
ROMEIS.—Manual de técnica histológica.
ROSENTHAL.—Enfermedades del higado.
RUNGE.—Metrorragias y flujos.
SAINZ DE AJA.—Tratado de las enfermedades de la piel.
SCHIECK.—Curso de Oftalmología.
SCHLAYER.—Enfermedades del riñón.
STICH-MAKKAS.—Errores y peligros de las operaciones quirúrgicas.
TESTUT-LATARJET.—Tratado de Anatomía Humana. 4 tomos (rústica).
VALDEZ LAMBEA.—Las granulias.
VALLEJO NAJERA.—El tratamiento de la parálisis general.
VALLEJO NAJERA.—Síndromes mentales simulados.
ZONDEK.—Las hormonas del ovario.

**Venden con facilidades de pago**

# THE UNIVERSITY SOCIETY, Incorporated

**Bejarano 267 — Teléfono 35398 — Apartado No. 76 — Direc. Telg. "Zigadag",**
**LIMA — PERU**

## CONDICIONES DE COLABORACION

———«»———

1—Los trabajos deben enviarse dactilografiados y corregidos, o en todo caso escritos con letra legible.
2—Debe hacerse mención en todo trabajo si es original o no.
3—Todo trabajo debe ir acompañado por una breve síntesis, o de las conclusiones a las que se ha llegado.
4—Tratándose de síntesis de revistas y análogos, estas han de ser breves y precisas, indicando: Nombre del autor — Título del trabajo — Título de la revista (abreviado) — Año. Volumen y número de páginas.
5—En todo trabajo la bibliografía ha de ceñirse a la condición 4ª.
6—En general los trabajos han de ser los más breves posibles no debiendo exceder nunca de seis páginas.

———«»———

SOLICITAMOS CANJE

———«»———

ON DEMANDE L'ECHANGE-WE REQUEST EXCHANGE-AUSTAUSCH ERBETEN

———«»———

Para todo lo relacionado con la Revista de los Estudiantes de Medicina dirigirse a LLANOS 625 — Lima.

———«»———

# GUIA PROFESIONAL

Prof. Dr.
**Darío Acevedo**
Unión 1072 — Telf. 36629

Prof. Dr.
**Telémaco Battistini**
Huirachoca 1365 — Telf. 35768

Dr.
**Lucio D. Castro**

Dr.
**Miguel Cervelli**
Arequipa 298 — Telf. 33479

Prof. Dr.
**Rodrigo Franco**
Camaná 935 — Telf. 13220

Dr.
**Guillermo Filomeno**
Pasaje Olaya 156 — Telf. 38793

Dr.
**Manuel Gonzáles del Riego**
Colmena 669 — Telf. 37377

Prof. Dr.
**Alberto Guzmán Barrón**
Negreiros 582 — Telf. 35227

Dr.
**Oscar Guzmán del Villar**
Moquegua 410 — Telf. 31450

Dr.
**Abelardo Indacochea**
Chiclayo 487 — Telf. 33316

Dr.
**F. León y León**

Prof. Dr.
**Juan B. Lastres**
Colmena 295 — Telf. 32264

Dr.
**Federico Sal y Rosas**
Lampa 1021 — Telf. 30280

Dr.
**José Max Arnillas Arana**
Arequipa 298 — Telf. 31438

Prof. Dr.
**Gustavo Luna**
Sáenz Peña 118 — Telf. 90266

Prof. Dr.
**Aurelio Loret de Mola**
Ucayali 133 — Telf. 31768

Dr.
**Amador Merino Reyna**
Colmena 519 — Telf. 35008

Dr.
**Artemio Miranda**

Dr.
**Enrique Navarrete**
Puno 372 — Telf. 31380

Dr.
**Jorge de Romaña**
Pasaje Larrabure 150 — Telf. 36572

Dr.
**Belisario Sánchez**
Alfonso Ugarte 1029 — Telf. 10184

Dr.
**Germán Stiglich**
Ucayali 142 — Telf. 37207

Prof. Dr.
**Carlos Villarán**
Alfonso Ugarte 1029 — Telf. 10184

Dr.
**Juan A. Werner**
Polvos Azules 188 — Telf. 33539

Prof. Dr.
**Pedro Weiss**
San Jacinto 151 — Telf. 36722

Dr.
**Oswaldo Hercelles G.**
Lampa 833 — Telf. 30934

Dr.
**J. E. Zegarra Reyna**
Pobres 1062 — Telf. 36278

Prof. Dr.
**Jorge Valdeavellano**
Minería 149 — Telf. 34290

# SUMARIO


| | Pág. |
|---|---|
| EDITORIAL | 1 |
| **TRABAJOS ORIGINALES:** | |
| **Dr. Oswaldo Hercelles García.**—La Quimioterapia Sulfamídica | 3 |
| **Sr. Oscar Miró Quesada C.**—Fiebre T. M. | 11 |
| **Sr. Humberto Rotondo.**—Pensamiento volandero en un personaje de Cervantes | 19 |
| **NOTAS PARA EL INTERNADO:** | |
| Diagnóstico de los comas | 22 |
| **TRADUCCION:** | |
| Historia de la Medicina. — La Escuela Médica de Viena | |
| **Revista de Libros** | 30 |
| **Revista de Revistas** | 34 |
| **Lo que dicen los alumnos** | 36 |
| **Notas de actualidad** | 41 |
| | 44 |

Revista de los Estudiantes de Medicina

ORGANO OFICIAL DEL CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Director: Damaso González R.
Redactores: Mario Pastor B., Humberto Rotondo, Ricardo Vergara, Asunción Caballero, Armando de la Flor.

Año IV No. 2

# EDITORIAL

El problema de la lucha antituberculosa en el estudiantado de Medicina, parte integrante de la lucha antituberculosa en escala nacional; es, indiscutiblemente, uno de los múltiples problemas que requiere en forma imprescindible un abordamiento práctico, eficaz e inmediato. Es también, una de las varias tareas que pudiendo ser acometidas, aun permanece relegada; gestando el cuadro trágico que constituye el problema social de médicos tuberculosos en ejercicio de sus funciones y de estudiantes baciliferos en contacto con enfermos anergizados por las particulares dolencias que sufren y, que de hecho son magnífico terreno para que prospere una infección tuberculosa.

Las proyecciones de esta situación relievan, de por sí, la importancia que tiene un adecuado enfocamiento de este problema. Importancia que arrancado desde la preservación de la salud del estudiante de Medicina, llega hasta la defensa de la salud de quienes recurren al médico para que alivie o cure sus dolencias. Y, como, potencialmente, todos los integrantes de la nacionalidad pueden recurrir al médico; la importancia del planteamiento de esta cuestión, llega a adquirir la importancia que tienen todos los problemas que afectan vitalmente a la nacionalidad.

Si la protección del capital humano demanda la adopción de medidas múltiples y atinadas; la efectividad de ellas exige el no unilateralizarse jamás; considerando, únicamente, al factor hombre como elemento sano, capaz de adquirir una dolencia, sino también, es preciso considerarlo como elemento enfermo o con sus defensas orgánicas veni-

das a menos, ya, que, seguramente, el más alto porcentaje de mortalidad o inutilización proviene por esta causal. Y tal consideración, como primer término de tan importante ecuación social, exige que su segundo término sea el factor asistencial —la preservación y defensa de la salud del médico y del estudiante de Medicina.

Por estas razones hay que evitar que quienes padecen dolencias tan graves como la tuberculosis pulmonar, por ejemplo, se inicien en una carrera que entre sus múltiples responsabilidades, tiene la de no agravar la salud de quienes confían al médico lo más preciado que tienen: la vida.

Esto quiere decir que es necesario someter al aspirante a estudios médicos a un riguroso exámen especial; a fin de constatar su buen estado de salud, sobre todo en lo relacionado con la tuberculosis. Verdad es, que en la actualidad se somete a un examen médico al aspirante a ingresar a la Universidad. Pero este examen, magnífico como primera medida de control; es insuficiente para resolver, por sí solo, el problema que tratamos. Entre otras cosas, urge un segundo examen del lado del aparato respiratorio, para quienes deseen seguir estudios médicos; y, luego, vigilar de cerca la evolución, de los que, por no presentar estados avanzados o formas progresivas de TBC pulmonar, hayan conseguido ingresar a la Facultad.

Asi sería posible descubrir, muchas veces a tiempo, una lesión pulmonar ignorada, en un período dentro del cual es posible, todavía, esperar algo del tratamiento. Así también se evitaría que la irrupción dramática de la afección tuberculosa, sorprenda al estudiante en un momento tal, cuando sus modos de conciencia, lo hayan puesto en la particular situación de ser, solamente, médico y no otra cosa.

Si a pesar de todo, como en la actualidad sucede, enferma de tuberculosis algún estudiante de Medicina, la solución adecuada no es la de esperar que este voluntariamente se retire de la Facultad; sino que las autoridades universitarias, deben separarlo, para luego, someterlo a un adecuado tratamiento, pasándole una subvención mensual, si sus condiciones económicas lo requieren.

Existen, pues razones, que rozan, de un lado, con el interés individual de los estudiantes como posibles enfermos; y de otro, con los enfermos generales, como individuos aptos para ser contaminados; que demuestran la importancia que tiene una adecuada y efectiva adopción de medidas, en la lucha antituberculosa dentro de los estudiantes de Medicina.

## TRABAJOS ORIGINALES—

# La Quimioterapia Sulfamídica

por el
**Dr. Oswaldo Hercelles García**

## EVOLUCION DE LA QUIMIOTERAPIA BACTERIANA*

La quimioterapia ha sido la terapéutica ancestral de las enfermedades infecciosas. Sin embargo en las enfermedades bacterianas, no había recorrido hasta hace pocos años el camino de fortuna que había alcanzado en las enfermedades parasitarias. Cuando nos remontamos al pasado vemos que él es incierto. Desde tiempos antiguos se conocía la acción del mercurio y de la quinina, pero ésta terapéutica estaba basada en apreciaciones de orden empírico que no tenían una continuidad de trabajo científico. Y como una cruel ironía, la era pasteuriana que aporta a las enfermedades infecciosas el diagnóstico, contribuye, en un primer momento, a alejar, en parte, éste tratamiento.

¿Por qué se abandona la quimioterapia? ¿Por qué fracasa? De un lado, porque la era pasteuriana creaba el tratamiento biológico de la infección que tiene por base la inmunidad, haciendo desarrollar la vacunoterapia y la seroterapia. Sin que digamos que estos métodos no han contribuído grandemente al éxito terapéutico de muchas infecciones bacterianas, ellos originan un cierto pesimismo de los clínicos por los desinfectantes. Y los químicos abandonan su campo de acción para las enfermedades bacterianas y dedican simplemente su esfuerzo terapéutico para las enfermedades parasitarias. De otro lado, los primeros ensayos quimioterápicos en las enfermedades microbianas se hicieron con antisépticos minerales tales como el sublimado y el fenol. Estas substancias que no tenían afinidad particular por los microbios, ejercían acción fuertemente nociva sobre las células, lo que justificó para que Behring considerase "como una ley que los tejidos y las células del organismo del hombre y de los animales son más sensibles frente a la acción tóxica de los desinfectantes que cualquier bacteria conocida".

Esta última observación creó obligadamente el concepto sobre la toxicidad de las preparaciones químicas, desde ¿qué importancia po-

* Este artículo es el primero de una serie que sobre sulfamidos, publicaremos.

día tener la destrucción del gérmen, cuando era concomitante a una igual o mayor destrucción celular? Y es así que se conviene en exigir, que la relación en todo desinfectante entre la dosis tolerable con la dosis eficaz deba ser superior a la unidad. Cuando esta relación es menor se origina mayor destrucción celular que bacteriana. Así se abandonó gran número de productos que teniendo una acción fuertemente destructiva in vitro para los gérmenes empleados; in vivo tienen acción lesiva sobre la célula y los tejidos. De otra parte, hubo que considerar que los ensayos químicos para el tratamiento de las enfermedades infecciosas no coinciden sus resultados, algunas veces, en la aplicación in vivo e in vitro. Asi los derivados de la optoquinina que tienen acción destructiva in vitro sobre el neumococo no la tienen, in vivo, y el yoduro de potasio que tiene acción destructiva in vivo sobre los hongos no actúa in vitro. Consecuentemente hubo que establecer en todo ensayo quimioterápico el "test" vivo.

*Las series derivadas de las materias colorantes.*—Los trabajos de Pasteur y de Koch sobre la coloración de las bacterias y los de Erlich y de Goldman sobre la coloración de los tejidos, crearon la noción de especificidad de las materias colorantes. La bacteriología hizo ver que cuando se colorea un corte histológico, encontramos colorantes que algunas veces colorean en una misma forma a los tejidos y a los gérmenes. Pero otras veces los colorantes tienen una mayor predilección por los gérmenes frente a los tejidos. Mientras los gérmenes se decoloran difícilmente los tejidos lo hacen con más facilidad. Aún más, Erlich descubrió una materia colorante derivada de la oxazina que coloreaba in vivo ciertas partes de los tripanosomas con exclusión de todo el resto de la célula. Esta última prueba sirvió para mostrar además de la especificidad de los colorantes el fundamento de la teoría de Erlich sobre la acción directa de los medicamentos.

En ésta misma época se plantea la acción tintoreal de los colorantes desde el punto de vista vital frente a los tejidos y a las bacterias. Y asi se ve que es posible hacer actuar los colorantes sobre los gérmenes en el cuerpo de un animal sin mortificar mayormente a éste último. Estos hechos que hacen iniciar el estudio de las materias colorantes para la terapéutica de las enfermedades infecciosas, se robustecen con otras condiciones especiales que presentan los colorantes. En efecto las materias colorantes tienen gran difusibilidad, lo que permite que en los casos de septicemias se puedan distribuir fácilmente en todo el organismo. De otra parte los estudios del retículo endotelio hicieron ver su gran afinidad por los colorantes y como en todo proceso infeccioso el tejido retículo endotelio reacciona entrando en mayor actividad en el punto de elevada infección, se comprenderá que el co-

lorante se localizará en el lugar de máxima infección. Además, se pudo puntualizar que los derivados de ciertos colorantes de acción desinfectante no tenían acción mayormente dañina sobre la célula orgánica. Por último se exhibió a favor de los colorantes la falta de acumulación que ellos presentaban en el organismo por la fácil y rápida eliminación que realizan por vía renal.

Dos series colorantes: la acridínica y la azoica, sirven de base a los químicos para sus estudios. La primera que ofrece una serie de derivados como la tripaflavina, el rivanol y otros, no aporta nada especial para las enfermedades bacterianas.

La segunda serie o azoica abre el gran capítulo de la terapéutica de las enfermedades infecciosas con el sensacional descubrimiento del prontosil publicado por G. Dogmak en 1935, que marca una nueva y proficua era terapéutica.

*La serie azoica:* Horlein hace 25 años estudiando los colorantes azoicos encontró substancias que tenían grupos sulfonamídicos. Sin embargo sus estudios no tuvieron una orientación clínica sino puramente química. Su descubrimiento radicó únicamente en obtener colorantes para fines textiles que tuvieran una penetración más intensa y una mayor resistencia al lavado. En esta misma época Eisemberg comprobó el efecto relativamente satisfactorio "in vitro" de algunos compuestos azoicos. Es así que Eisemberg piensa en la posibilidad del empleo quimioterápico de la Crisoidina. Sin embargo el uso de ésta substancia en animales infectados no dá ningún resultado satisfactorio. Otros derivados azoicos como el Piridio y el Serenio aconsejados más tarde son prontamente abandonados por ser ineficaces.

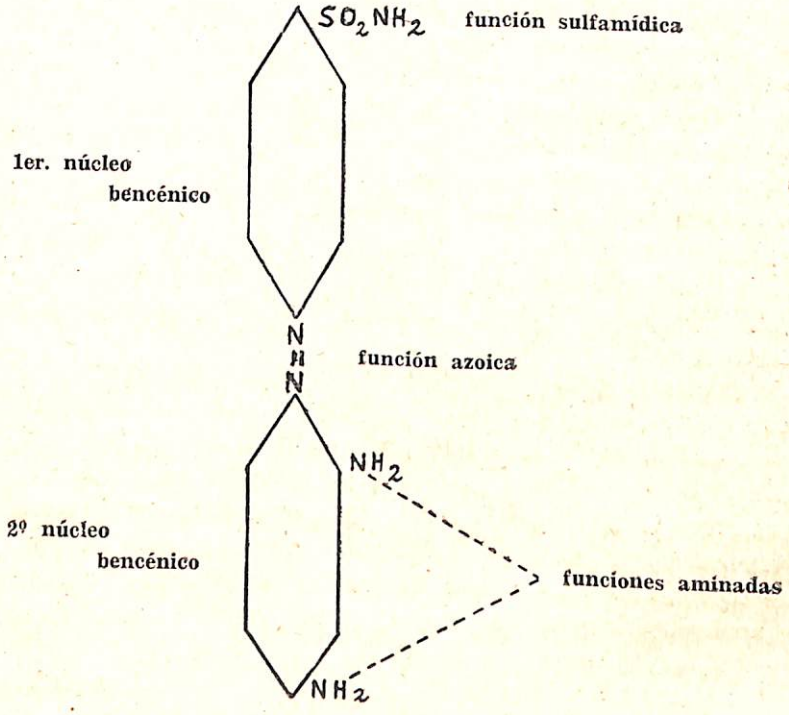
Es la labor perseverante de Mietsch y Klarer durante dos lustros la que culmina con la obtención de compuestos azoicos que contienen un grupo sulfonamídico que ofrecen una eficacia evidente frente a las bacterias, que hace el verdadero progreso de esta quimioterapia cuyas perspectivas están plenas del más grande optimismo.

Con la colaboración clínica de Dogmak se experimenta satisfactoriamente en la sepsis estreptocócica del ratón. Y es el 15 de Febrero de 1935 que G. Dogmak publica los primeros sorprendentes resultados experimentales conseguidos con una substancia nueva, la sulfamidocrisoidina o prontosil que actúa en forma eficaz en las infecciones estreptocócicas del ratón.

*Las principales fórmulas químicas que explican el progreso en las preparaciones de este derivado benzoico.*

En primer lugar tenemos la sulfamidocrisoidina o prontosil rubro

o rubiazol cuya fórmula sintética está dada por el diamido-difenilazo-sulfamida, cuya estructura desarrollada es la siguiente:




El estudio de este cuerpo (prontosil) hace ver: un primer núcleo bencénico a función sulfamida SO 2 NH 2; un segundo núcleo bencénico a dos funciones aminadas cuyos dos núcleos están unidos entre sí por la función azoica —N=N— característica de las materias colorantes azoicas.

El prontosil cuyo descubrimiento fué obra exclusiva de los químicos alemanes, se presenta como un cuerpo de color rojo, que solo in vivo tiene acción destructiva sobre el estreptococo. Los cultivos de estreptococo no son influenciados en lo absoluto por la acción del prontosil. Este cuerpo fué después alcalinizado con una sal bisódica creándose el prontosil soluble, que elevaba su solubilidad en el agua de 0,25% a 4%. La solubilidad del prontosil además de conferirle una mayor tolerancia frente al organismo, hizo posible la administración de él por vía intramuscular e intravenosa.

En éste mismo año Trefouel, Bovet y Nittí pensaron que en el prontosil, la función azoica no era indispensable, y que la actividad

del producto era simplemente debida al para-amino-fenil-sulfamido que entra en su fórmula. Los resultados experimentales confirmaron esta hipótesis y los investigadores pudieron lógicamente suponer que el prontosil, no era activo in vitro sobre el estreptococo porque no estaba liberado el sulfamidil. Es así que en el organismo, el prontosil por hidrogenación de la función azoica se desdobla poniendo en libertad el núcleo sulfamídico.

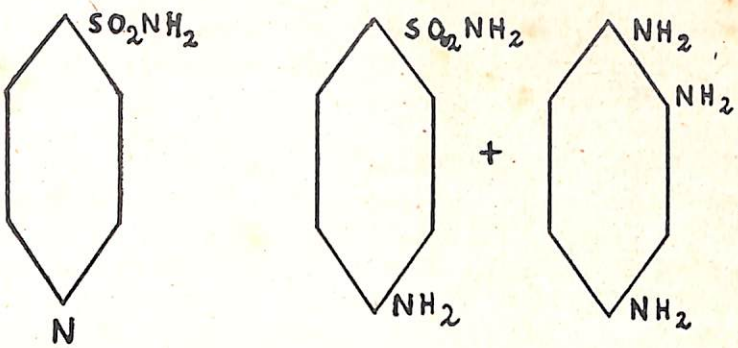
Trefouel, Bovet y Nitti que trabajan en el Instituto Pasteur, sostienen que solo el núcleo sulfamídico del prontosil es el activo. Se basan en una serie de consideraciones que vamos a puntualizar:

Las investigaciones hechas con series arsenicales, daban conocimiento de ciertas reglas quimioterápicas. Se sabe que la menor modificación química (sustitución de funciones o cambio de posición de moléculas) en un cuerpo activo determina la inmediata variación de la actividad del cuerpo. Con este criterio, hicieron estudios sobre el segundo núcleo bencénico a funciones aminadas del prontosil. En efecto, desplazando a otras posiciones las moléculas aminadas, la acción del prontosil no variaba. Posteriormente, en lugar de cambiar la posición de las moléculas aminadas agregaron una nueva molécula aminada viendo que el resultado era idéntico al anterior. Por último, cambiaron los radicales aminados por radicales oxidrílicos y tampoco cambió la acción del prontosil. De estos hechos dedujeron que no era posible que esto sucediera si el núcleo bencénico aminado fuera activo.

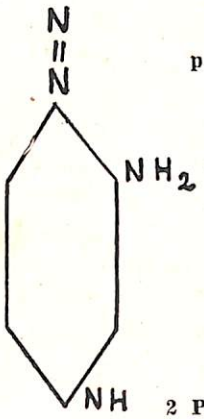
Siguiendo sus observaciones pudieron comprobar, en cambio, que cualquiera modificación que se hiciera sobre la función sulfamídica del primer núcleo bencénico del prontosil, la actividad de este cuerpo variaba en forma radical. Conclusión que sirvió para comprender que el núcleo sulfamídico era activo en el prontosil y no el aminado ni la función azoica.

Con este fundamental criterio trataron de desdoblar el prontosil por hidrogenación de la función azoica, para poner en libertad el núcleo activo o sulfamídico. Así consiguieron romper la doble unión azoica —N=N—, por fijación de hidrógeno y formación de dos funciones aminadas: $NH_2$. Esto se ejecutó fácilmente en un tubo de ensayo agregando a la solución de prontosil una cierta cantidad de hidrosulfito o de cisteina. Operación ésta última que el organismo realiza en forma idéntica al incorporarse el prontosil.

El desdoblamiento del prontosil por hidrogenación de la función azoica crea el para-amino-fenilsulfamido (sulfamidil o 1162 F) y el triamino-benceno. Representando gráficamente el desdoblamiento tenemos:




p. amino fenil sulfamido (1162 F) triamino benceno




2 Prontosil

La comprobación de que éste desdoblamiento se produce en el organismo fué realizado por los siguientes hechos:

1) Se puede dosar y aislar el sulfamidil al estado cristalizado en la orina y en la sangre de los enfermos y de los animales tratados por el prontosil.

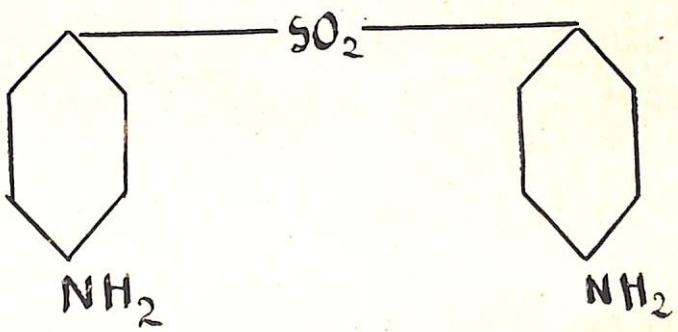
2) La demostración biológica de la existencia en el organismo del segundo cuerpo (triamino benceno) obtenido por la ruptura de la función azoica, ofrece en el conejo reacciones alérgicas intensas y constantes. Estas hacen que un conejo sensibilizado al triamino benceno, lo sea también al prontosil y no al sulfamidil ni a azoicos preparados, en los cuales las funciones aminadas del 2° núcleo hayan sido reemplazadas por funciones oxidrílicas.

El aislamiento del sulfamidil permitió conseguir un cuerpo de acción in vitro e in vivo, e hizo comprender que la eficacia del prontosil —que solo actúa in vivo— dependía de que el organismo pudiera, por hidrogenación, desdoblar la función azoica y poner en libertad el núcleo sulfamídico. Esto explica por qué el prontosil cumple más fácilmente su acción administrado por vía oral que por otra vía, desde que en el aparato digestivo está el hidrógeno más presente que en la sangre o en el líquido céfalo-raquídeo. Por tanto su desdoblamiento se hace más fácilmente.

La obtención del sulfamidil no solo trajo consigo la adquisición de un cuerpo más tolerable para el organismo, de acción más activa y de polivalencia de actividad para otros gérmenes que el estreptococo (neumococo, meningococo y gonococo), sino que abrió el camino de estudio hacia nuevos e importantes derivados del núcleo sulfamídico. Si la escuela alemana exhibe el extraordinario atributo de haber dado a la terapéutica de las enfermedades infecciosas el prontosil, a la escuela francesa le corresponde el gran mérito de haber visto que el camino de trabajo a seguir con este nuevo cuerpo no estaba a partir de la función azoica sino únicamente en el núcleo sulfamídico, pudiéndose llegar con ello a nuevos e importantes derivados que hacen progresar incesantemente esta terapéutica.

No obstante que los primeros ensayos de alteración mínima de la fórmula química del sulfamidil, influyeron en forma desfavorable sobre su actividad, trabajos posteriores dieron magníficos frutos.

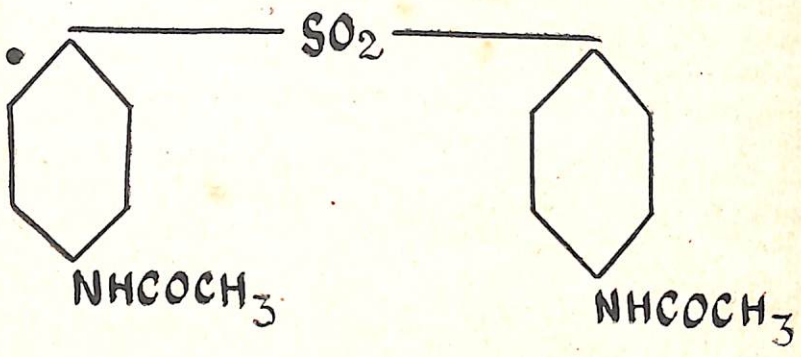
Es así que el 7 de junio de 1937 la escuela inglesa con Buttle (del Wel come Institute for Medical Researche) obtiene sulfonas partiendo de derivados orgánicos sulfurados que tienen una actividad mucho más elevada. Entre los cuerpos activos de esta nueva serie, se presenta la diamino-difenil-sulfona, cuya fórmula desarrollada es la siguiente:



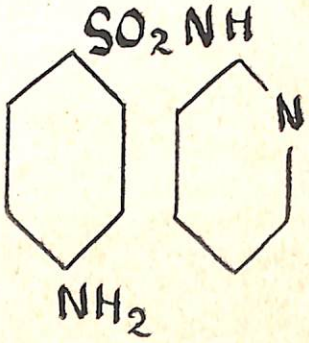

Esta diamino-difenil-sulfona que se revela como diez y cien veces más activa que el sulfamidil sobre el estreptococo, desgraciadamente su toxicidad en el animal hace diferir su experimentación en clínica.

Aplicándose una regla bien conocida en quimioterapia sobre la desintoxicación que se consigue por el bloqueo de la función aminada por un resto acetílico, se obtiene la preparación del di (p-acetilamino-fenil) sulfona o rodilone (1399F) cuya fórmula desarrollada se representa en la forma siguiente:

El rodilone es un producto blanco, casi insoluble, tiene una toxicidad mucho menor que el sulfamidil, pero no ofrece una mayor actividad frente a las bacterias.




La orientación que se tomó para encontrar cuerpos partiendo de derivados orgánicos sulfurados, no detuvo el interés de otros químicos, para seguir estudiando derivados a partir del núcleo sulfamídico. Y es asi que Ewins y Phillips obtienen un cuerpo en el que un hidrógeno del radical sulfamídico es reemplazado por un núcleo piridínico, creando así el (para-amino-fenil-sulfamido) piridina o 693 P. Este nuevo derivado que recibe los nombres de dagenan, de pirimidil o de piraseptil, se expresa en su fórmula desarrollada de la siguiente manera:




El dagenan o piraseptil que tiene una toxicidad cuatro veces menor que el sulfamidil, se caracteriza por su extraordinaria potencia terapéutica frente a las afecciones neumocócicas y gonocócicas.

Por último, diremos que se ha obtenido un cuerpo con idéntica acción que la del dagenan, cuya fórmula es el (p-amino-fenil-sulfonamida) tiazol. Este cuerpo además de reunir condiciones para una buena y constante absorción al nivel del intestino, que permite mantener un mismo nivel en la sangre por su mayor solubilidad, frente a la de la sulfo piridina, no ocasiona los accidentes que provoca el dagenan por precipitación de la sulfopiridina a nivel de los riñones. El Instituto Sanitas denominará a este nuevo producto con el nombre de Sulfatiazil.

# Fiebre T. M.

por

**Oscar Miró Quesada Cantuarias**

(7º Año de Medicina)

Desde hacen más o menos 5 años, algunos profesionales, han indicado la aparición de un cuadro nosológico extraño entre las personas residentes en la Capital, que habían pasado algunos días de vacaciones en Tingo María. Desde entonces a esta parte, dichos cuadros caprichosos y no bien catalogados dentro de nuestra patología nacional, han ido haciendo su aparición entre nosotros, especialmente en los dos o tres meses que siguen a las vacaciones de Julio. Con el perfeccionamiento de nuestro sistema vial, el intercambio de pobladores de lugares apartados, y las visitas frecuentes a aquellos lugares, ha sido la consecuencia lógica de nuestro progreso. Como en todo país que progresa, esta facilidad de comunicación ha incrementado notablemente la exposición de mayor número de personas a las diferentes zonas endémicas de nuestra costa, sierra y montaña. Es esta y no otra, la razón para que en el presente año un crecido número de personas hallan presentado el cuadro caprichoso de lo que nosotros denominamos Fiebre-TM, y los profesores Weiss, Monge y Machiavello, Enfermedad o Fiebre de Tingo María. Dichos profesionales, hace ya algunos años que están estudiando esta interesante enfermedad, conforme nos han manifestado personalmente.

La presente comunicación no tiene por objeto ninguna conclusión técnica, ni comentario sobre trabajos realizados al respecto, pues es solo la descripción clínica de dos casos de Fiebre-TM que tuvimos la suerte de ver. Es evidente que el tema es sumamente interesante de cualquier ángulo profesional que se le enfoque, pero creemos que la comprobación científica de su etiología nos suministraría casi de inmediato el arma terapéutica específica. Por las líneas que siguen, podrán darse cuenta que la pregunta que salta a los labios de inmediato es: ¿Y no será un virus filtrable del tipo Neuro-dermatropo a agente vector?

*Casos Clínicos*

CASO I—

Señor M. M. de 26 años de edad, bien constituído, tipo atlético. Antecedentes: Viruela, Sarampión, trastornos intestinales, parásitos intestinales.

1) *Enfermedad actual:* Se dirigió a Tingo María el día 28 de Julio de 1940, llegando a aquella localidad después de conducir su carro durante 19 horas seguidas, a las 4 a.m. Durante su estadía paseó y visitó todos los lugares de interés, visitando también la famosa Gruta de Tingo María. Emprendió el regreso a la Capital el día 30 de Julio, llegando ese mismo día. Permaneció en excelente estado de salud hasta el día 13 de Agosto de 1940, en que comienzan nuestros datos cronológicos.

*Martes* 13/VIII/40.—Experimentó descomposición de cuerpo, decaímiento y cefalea por la tarde. Estuvo apirético todo el día.

*Miércoles* 14/VIII/40.—A las 3 p.m., descomposición general del cuerpo, escalofríos y cefalea. Se acostó y a las 6 p.m. experimentó náuseas, gastralgia, anorexia, escalofríos y cefalea intensa. Por la noche tomó jugo de naranja y un purgante (Sal de Frutas), pensando en un embarazo gástrico. Durante todo este día permaneció apirético.

*Jueves* 15/VIII/40.—Amaneció apirético. A las 9 a.m. tomó otra dosis de purgante por no haberle hecho efecto la toma del día anterior; hizo tres deposiciones. Como el estado general seguía malo a las 3 p.m. lo vió un facultativo, quien diagnosticó Grippe; la temperatura había subido entonces a 38°C. Le prescribieron una poción antigripal y Salipirina. A las 5.30 p.m. la temperatura alcanzó a 38.2°C., presentando una curiosa sensación de ahogo y dificultad a la inspiración forzada con polipnea, intensos dolores osteócopos y musculares de localización preferente en el dorso, cintura y piernas, cefalea y sensación de frío intenso en los pies y piernas. Como el ritmo cardíaco se hallaba debilitado y la sensación de falta de aire se hacía apremiante, a pesar del estado de astenia y postración notable en que se hallaba, el enfermo se incorporó en la cama y comenzó a hacer ejercicios respiratorios forzados para activar la ventilación pulmonar. En este momento experimentó deseos violentos de hacer ejercicios físicos. Sentado en la cama cogió un par de palanquetas e hizo movimientos intensos. Con esta medida desapareció gradualmente la sensación de ahogo, a la hora de haberla experimentado. La curva térmica ascendió a 39.2°C. iniciándose una transpiración profusa. Por la noche la curva había descendido a 38°C.

*Viernes* 16/VIII/40.—Amaneció ligeramente febril mejorando notablemente el estado general hasta las 12 m. A las 2 p.m. comenzó a ascender nuevamente la curva térmica, alcanzando entre las 7 y 9 p.m. una temperatura por encima de 38°C. acompañada de gran postración general. A las 9 p.m. empezó a bajar la temperatura y a desaparecer la postración, haciendo su aparición por primera vez un brote de tipo exantemático constituído por máculas del tamaño de una lenteja localizadas de preferencia en el dorso, nuca, cabeza, cara, pecho, escroto y región superointerna de los muslos. Además apareció también un elemento eruptivo de tipo máculo-pápula en el pie izquierdo. Durmió bien.

*Sábado* 17/VIII/40.—No se pudo tomar la temperatura este día. Amaneció con prurito intenso en el escroto, dorso y en general en todas las zonas donde había aparecido el brote. Las máculas habían adquirido gradualmente la morfología de máculo-pápulas, coronándose ulteriormente de una vesícula que se transformó en pústula. Las pústulas variaban del tamaño de una perla de vidrio al de una cabeza de alfiler corriente. No todas las vesículas se pustulizaban y en algunos sitios las pústulas se complicaban con una porofoliculitis adquiriendo diámetros voluminosos. En algunos elementos se podía observar ligera umbilicación, pero probablemente debida al rascado. Con el brote el enfermo experimentó gran mejoría del estado general, a pesar de la persistencia del prurito intenso y algo de postración. En el escroto, según refiere el paciente, le aparecieron especie de flictenas que reventaban secretando un líquido seroso, siendo acompañado este estado de eritema del escroto y ardor insoportable que obligaba al enfermo a mantener los muslos separados.

*Domingo* 18, *Lunes* 19 *y Martes* 20/VIII/40.—No se tomó temperatura estos días. Continuó el brote, aunque algo aminorado en intensidad, tomando el aspecto de la erupción varicelosa en el sentido de que las vesículas y pústulas de la misma generación comenzaban a marchitarse entrando en descamación, mientras hacían su erupción nuevos elementos exantemáticos. El prurito se exaltó en estos últimos días, rascándose el paciente con escobilla toda la superficie cutánea, brotada y no brotada. Durante estos tres días el médico tratante ensayó la terapia sulfanilamídica a razón de dos gramos diarios, sin obtenerse ningún resultado favorable.

*Miércoles* 21, *Jueves* 22, *Viernes* 23 *y Sábado* 24/VIII/40.—Tampoco se tomaron temperaturas estos días. Ninguna medicación. El estado general sigue igual con su onda vespertina de temperatura y postración. Continúa el exantema en evolución entrando en seca el día 23 y 24.

*Domingo* 25/VIII/40.—Amaneció con 37.3°C. y buen estado general. Inició la terapia con Bromhidrato de Quinina, Criogenina y Cafeína a la dosis de 0.90 grs., 0.90 grs. y 0.30 grs. respectivamente, al día. Experimentó notable mejoría con esta medicación; la curva térmica no ascendió por la noche.

*Lunes* 26/VIII/40.—No se tomó temperatura este día. Por la noche al ingerir los alimentos acusa marcada hipergneusia y un rato más tarde vomita la comida.

*Martes* 27/VIII/40.—Primer día que amanece apirético. Pasó el día bien. A las 9 p.m. 37.4°C.

*Miércoles* 28/VIII/40.—Amaneció apirético. A las 3.30 p.m. 37.4°C. y a las 9 p.m. 37.3°C. Estado general muy mejor hasta las 3.30 p.m. hora en que comenzó a entrar el decaímiento para volverse a sentir mejor a las 9.30 p.m. Tomó Brh. Quinina, Criogenina y Cafeína.

*Jueves* 29/VIII/40.—Amaneció apirético. Muy mejor. Se levantó. No tomó medicación alguna.

*Viernes* 30/VIII/40.—Se fué a cambiar de clima a Chincha. Al llegar por la tarde sintió ligero malestar.

*Sábado* 31/VIII/40.—Amaneció bien. Se fué a pasear. Por la tarde experimentó algo de frío en los pies y ligero malestar. Se acostó temprano pasando bien la noche.

*Domingo* 1°/IX/40.—Después del té experimentó un fuerte dolor en el punto epigástrico. Tomó Bicarbonato de Sodio, sin sentir alivio. Se acostó y comenzó a experimentar frío en los pies y piernas acusando una temperatura de 37.6°C. Tomó XX gotas de Elixir Paregórico colocándose una bolsa de agua caliente en el abdómen A los treinta minutos pasó el cuadro agudo, durmiéndose.

*Lunes* 2/IX/40.—Amaneció con el cuerpo descompuesto y fiebre ligera. Por la tarde regresó a Lima con malestar general. Al llegar, sensación de frío y 37.6°C. de temperatura a las 6 p.m. Se acostó y tomó una tableta de Urotropina (0.50 grs.).

*Martes* 3/IX/40.—Amaneció con 37.3°C. y estado general regular. Durante el día experimentó dolores osteócopos y musculares escasos apareciendo un nuevo brote, idéntico al anterior, aunque mucho más discreto. A las 6.30 p.m. y a las 10 p.m. la curva febril alcanzó 38°C. Postración general pero no muy intensa. Tomó 1.50 grs. de Urotropina y le colocaron una ampolleta de Cilotropina endovenosa.

*Miércoles* 4/IX/40.—Amaneció con 37.2°C. Durante el día presentó dolores osteócopos aislados y brote discreto. Estado general bueno a pesar de la temperatura, la que a las 10.30 p.m. alcanzó 38.6°C., para

remitir luego, acompañándose la lisis de diaforesis intensa. Durante el día tomó 1.50 grs. de Urotropina.

*Jueves* 5/IX/40.—Amaneció con 37.3°C. Estado general bueno. No experimentó dolores durante el día. La erupción comenzó a entrar en seca. A las 6 p.m. 37.7°C. Tomó 1.50 grs. de Urotropina por la mañana y por la noche una cápsula de Brh. Quinina con Criogenina y Cafeína.

*Viernes* 6/IX/40.—Amaneció con 37.1°C. Estado general bueno. Máxima a las 8.30 p.m. 37.3°C. Tomó Quinina con Criogenina y Cafeína.

*Sábado* 7/IX/40.—Amaneció apirético. Estado general bueno. A las 10 p.m. 37.3°C. Tomó Quinina con Criogenina y Cafeína.

*Domingo* 8/IX/40.—Amaneció apirético. Estado general bueno. A las 7 p.m. 37.3°C. No tomó medicación.

*Lunes* 9/IX/40.—Amaneció apirético. Buen estado general. A las 9.30 p.m. 37.3°C.

Martes 10/IX/40.—Amaneció apirético. Buen estado general. A las 9.30 p.m. 37.3°C.

2) *Exámenes practicados.*—Se practicaron varios recuentos y hemogramas en distintos períodos del proceso, pero desgraciadamente no obran en nuestro poder. Todos los hemocultivos y aglutinaciones para el T, A. B. y Brucellas resultaron negativos. A continuación damos el resultado de la última investigación practicada el 7/IX/40.

a) Numeración: Eritrocitos = 4,400,000 — Leucocitos = 6,000

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hemograma | Eosinófilos: | 1 % | |
| | Basófilos: | 0 „ | |
| | Mielocitos: | 0 „ | No se encuentran Hemopárasitos. |
| | Juveniles: | 0 „ | — Neutrófilos: 64% |
| | Bastones: | 17 „ | |
| | Segmentados: | 45 „ | |
| | Monocitos: | 18 „ | |
| | Linfocitos: | 17 „ | |

b) Hemocultivo: Negativo a las 36 horas.

c) Reacciones serológicas:

T. A. B. = 1/10 — 1/200 = Negativas.

Brucellas = 1/100 — 1/2000 = Negativa.

CASO II—

Señor R. M., 19 años, bien constituído, tipo atlético. Antecedentes: Viruela, Sarampión.

*Enfermedad actual:* Idem Caso I, estuvo junto con él en Tingo María, y regresó en la misma fecha a Lima. Permaneció en excelente estado de salud hasta el día 28 de Agosto de 1940. Datos cronológicos:

*Miércoles* 28/VIII/40.—Por la mañana se inició el proceso con ligero dolor retroesternal y extraña sensación de dificultad a la inspiración forzada. Persistió esta sensación durante todo el día. Apirético.

*Jueves* 29/VIII/40.—Amaneció con 37.2°C. de temperatura y discreta cefalea. Pasó el día con ligera descomposición general.

*Viernes* 30/VIII/40.—Amaneció ligeramente febril, siendo atendido este día por un facultativo, quien notó la presencia de máculas en el dorso, hombros, muslos y piernas, diagnosticando Fiebre de Tingo María.

*Sábado* 31/VIII/40.—Las mismas condiciones que el día anterior continúa el brote. Inició el tratamiento con 1.50 grs. de Urotropina y una Omnadina.

*Domingo* 1°/IX/40.—Sigue igual.

*Lunes* 2/IX/40.—Los elementos eruptivos toman la morfología de máculo-pápulas y pronto hacen vesículas y pústulas del mismo tipo que en el caso I, salvo que en este caso la producción de pústulas es más intensa en los muslos y piernas que en otras regiones del cuerpo.

*Martes* 3/IX/40.—Sigue igual.

*Miércoles* 4/IX/40.—Amanece con 37.1°C. para subir en la tarde a 37.2°C. acompañándose de decaímiento general. Cilotropina endovenosa.

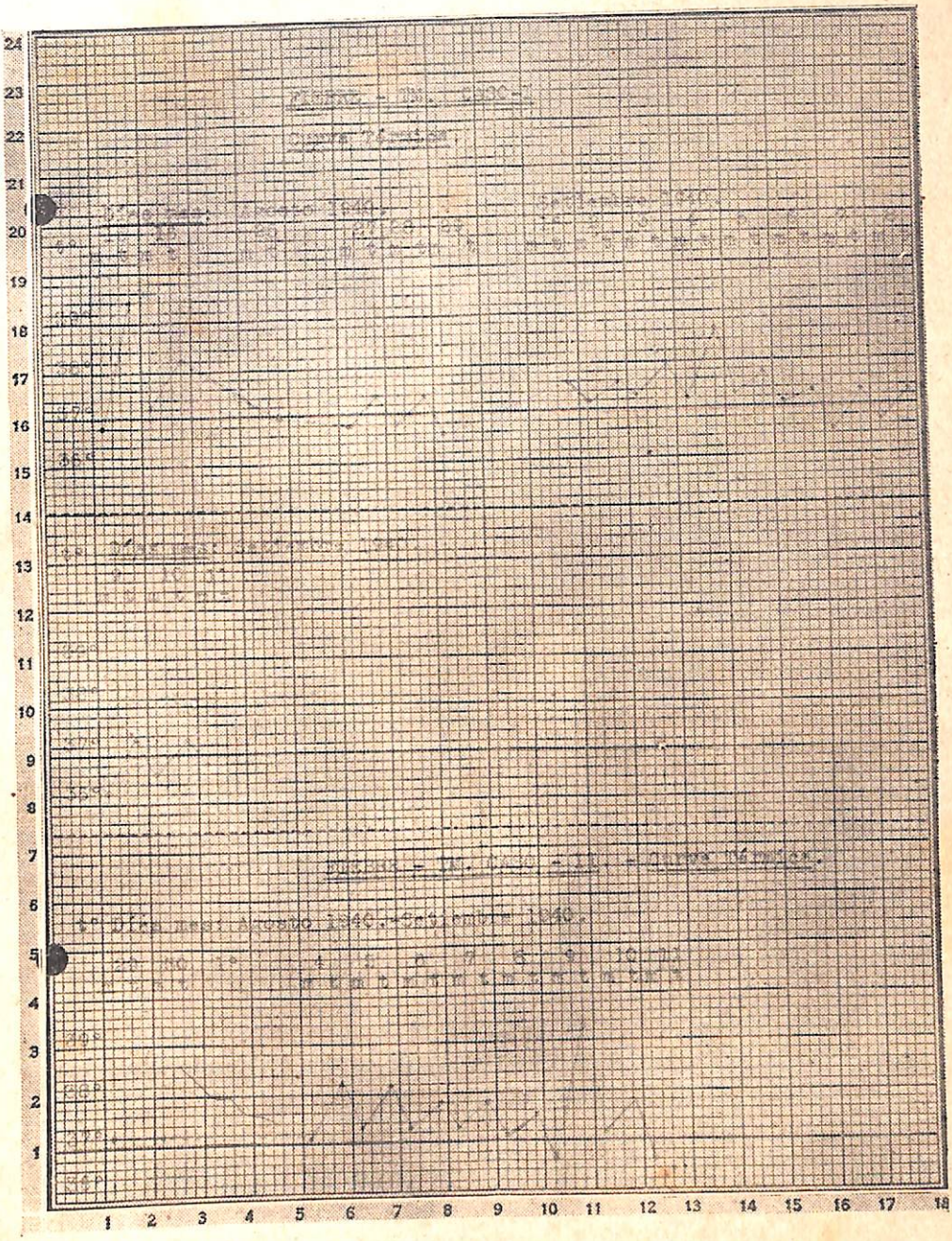
*Jueves* 5/IX/40.—Amanece con 37.3°C. para subir por la tarde a 38.2°C.

*Viernes* 6/IX/40.—Mañana 37.3°C. Tarde 37.8°C.

*Sábado* 7/IX/40.—Mañana 37.3°C. Tarde 37.8°C. Este día se suspendió el tratamiento iniciado el 31/VIII con Urotropina y Omnadina. Está mejor.

*Domingo* 8/IX/40.—Mañana 37.1°C. Tarde 37.5°C. Encima del almuerzo tomó Bromhidrato de Quinina, Criogenina y Cafeína (0.30, 0.30 y 0.10 grs. respectivamente). Durante el día experimentó fuerte prurito en las zonas brotadas.

*Lunes* 9/IX/40.—Amaneció apirético. Repitió la toma de Quinina, Criogenina, etc., y por la tarde tuvo una tensión intelectual intensa con ocasión de un examen en la escuela. Por la tarde a las 7 p.m. experimentó descomposición del cuerpo y gran ardor de los párpados y con-



juntivas, ascendiendo la curva térmica a 39.3°C. Se acostó, bajando la fiebre a 38.5°C. a las 10 p.m. Tomó de nuevo Quinina, etc.

*Martes* 10/IX/40.—Amaneció apirético pero presentó ligera constipación, por lo cual se instauró el tratamiento con Quinina y Calomel.

*Miércoles* 11/IX/40.—Amaneció apirético y comenzó la seca de la erupción.

De este caso no tenemos ningún dato de Análisis Clínicos.

Ambos casos continúan con su curva térmica de alza vespertina hasta la fecha, no pasando los 37.3°C. y buen estado general. El tipo de curva febril es el ondulante, como se puede apreciar de los diagramas adjuntos.

---

Esperamos que estas líneas hayan contribuído en algo a aumentar el edificio de nuestra patología nacional, y que pronto nuestros profesores y compañeros puedan definir con precisión el diagnóstico diferencial de este abigarrado cuadro nosográfico. Creemos que desde el punto de vista clínico el despistaje con la Viruela y Varicela es lo más interesante, pues sabemos que existen formas anómalas en ambas enfermedades eruptivas.

Nosotros hemos encarado el problema del ángulo Bacteriológico y Etiológico. Persistimos en nuestra idea de que se trata de una afección causada por Virus filtrables, y en la actualidad nos encontramos trabajando en este sentido.

Antes de terminar deseamos expresar nuestras más sinceras gracias al Profesor Dr. Telémaco Batisttini, quien en todo momento ha sabido aconsejarnos como un amigo y sin cuya ayuda hubieran sido estériles los esfuerzos que hacemos en el campo bacteriológico de los Virus filtrables.

Así mismo deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento a la familia Graña Garland y Málaga B. por su valiosa ayuda, y muy especialmente queremos agradecer a los señores Manuel, Ricardo y Felipe Cillóniz Oberti, quienes en todo momento han cooperado con nosotros para el mejor éxito de nuestro trabajo, tanto clínico como bacteriológico.

---

# Pensamiento volandero en un personaje de Cervantes

por

**Humberto Rotondo**

(6º Año de Medicina)

De *Don Miguel Cervantes* es un gracioso entremés denominado "Los habladores". Todo él, ingenioso, ágil sobremanera por el curso del argumento y de la conversación de uno de los personajes. Gira la trama en torno de un pobre hidalgo ya no puramente hablador sino con típica fuga de ideas o pensamiento volandero. Este es Roldán, hidalgo sin un céntimo y con mucha verba, a quien aprovecha Sarmiento, pobre marido aburrido de la parlería de su mujer, llevándolo consigo a casa donde su función ha de ser correctora de tal proclividad, quizás pensando en aquello de *similia similibus curantur*.

Con toda soltura y sin la intención expresa de hacer de este pequeño drama una patografía, Cervantes nos ha dado una cabal muestra de observación sagaz, que no creación de su simple imaginación parece ser: pudiéndose afirmar que todas las notas distintivas de la fuga de ideas, solo posibles en el caso concreto, se hallan presentes.

La conversación de Roldán no se ocupa de un tema preciso, está en constante variación. Si de esto solo se tratara, muy cerca nos encontraríamos de aquel hablar *"in tempo presento"* de los cicloides y, en menor proporción, de ciclotímicos, ágil, por la diversidad de asuntos que abordan, sin llegar a la incoherencia. Pero no es así, falta la coherencia del todo como si el pensamiento no abocase a una meta o finalidad; no hay propiamente un plan de conjunto, comienza ocupándose de un asunto, pasa enseguida a otro llevado no por una asociación de significación sino de tipo extrínseco. Las ideas ,así pues, se encadenan mecánicamente, observándose un predominio de las asociaciones fonéticas, dejándose llevar por las impresiones exteriores.

Muestra de ausencia de estructura de conjunto en los conceptos es el párrafo siguiente:

Roldán.—"Dice usted muy bien; porque quien tiene lengua, a Roma vá y en la Mancha, en Transilvania y en la puebla de Montalván; Montalván era un castillo, de donde fué señor Reynaldos; Reynaldos era uno de los doce pares de Francia, y de los que comían con el emperador Carlo Magno en la mesa redonda, porque no era cuadrada ni ochavada. En Valladolid hay una placetilla que llaman el Ochavo; un ochavo es la mitad de un cuarto; un cuarto se compone de cuatro maravedís; el maravedí antiguo valía tanto como agora un escudo; dos maneras hay de escudos: hay escudos de paciencia y hay escudos...

Sarmiento.—Dios me la dé para sufrille; téngase, que me lleva perdido.

Roldán.—Perdido dijo Ud., y dijo muy bien; porque el perder no es ganar; hay siete maneras de perder: perder en juego, perder la hacienda, el trato, perder la honra, perder el juicio, perder por descuido una sortija o un lienzo, perder"...

Basta la sola palabra "perdido" pronunciado por Sarmiento, para variar el curso de las asociaciones. Las tendencias determinantes del pensamiento, que por así decir le enrumban con un sentido, están borradas; en su lugar los estímulos exteriores llevan, por las asociaciones que suscitan, a modo de viento que hace girar la veleta, de un asunto a otro a los pensamientos. Con tanta o mayor nitidez apreciamos esto en lo que sigue:

Sarmiento: "Váyase con el diablo, que me lleva sin juicio; ¿no hecha de ver que me dice Bernardinas?

Roldán.—¿Bernardinas dice Ud.?, y dijo muy bien, porque es lucido nombre; y una mujer que se llamase Bernardina, estaba obligada a ser monja de San Bernardo; porque si se llamase Francisca, no podía ser que las Franciscas tienen cuatro efes; la F es una letra del ABC; las letras del ABC son veintitrés etc"...

Asociaciones por continuidad, contiguidad y puramente fonéticas encadenan los términos del discurso de Roldán.

Típica asociación por el sonido, fonética, es la del párrafo aquel: "quien no siente, no vive; el que no vive es muerto; un muerto echalle en un huerto".

*Cervantes* en "Los habladores" proporciona un precioso documento para el estudio del producto linguístico de la fuga de ideas. Observador de tipos humanos, normales o lindantes a la anormalidad, a cuyo abono tiene "Don Quijote" y tantas pequeñas novelas, podía haber advertido, también, algo muy afine a la fuga de ideas en un estado transitorio de anormalidad, producible a voluntad: la intoxicación alcohólica.

Es así que en un primer estadio de ella, el lenguaje se hace fluído "la lengua se suelta" pero a la vez la atención disminuye, predominando la distraibilidad, el discurso haciéndose disparatado.

*Hans W. Gruhle* llega a sostener que si por cualquier razón o motivo somos excitados, nos acaloramos hasta tal punto de perder la continuidad del discurso, dejándonos arrastrar por el curso de las ideas.

¡Qué no decir del ambiente que rodeaba a Cervantes! En los pueblos meridionales como España, Italia, abundan los ciclotímicos cuya característica, entre otras bien se sabe por *Kretschmer,* está en su fácil conexión con los que le rodean, su verba fácil y fluída. De un hablar ingenioso, resultan creando refranes y ocurrencias, expresión de una gran riqueza y facilidad de asociaciones. De ritmo psíquico acelerado, la expresión verbal de su pensamiento lo es también; siendo casi inagotables e incansables en la conversación.

Así el mundo circundante y el espíritu observador cervantino tienen su más elevado exponente en este entremés, lleno de gracia e ingenio.

---

Tratamiento de los estados espasmódicos dolorosos

*Espasmo-Cibalgina* ‹Ciba›

*Antiespasmódico y analgésico sin alcaloides* Grageas

Espasmos dolorosos de los aparatos digestivo y urogenital
Cólicos hepáticos y nefríticos
Hemicránea, dismenorrea, angina de pecho

Productos ‹Ciba› Sociedad para la Industria Química en Basilea (Suiza)

## NOTAS PARA EL INTERNADO—

# Diagnóstico de los Comas

*DEFINICION—*

Se entiende con el nombre de coma, un síndrome caracterizado por pérdida de la motilidad, de la sensibilidad y de la conciencia; con conservación de las funciones vegetativas del organismo, las que, sin embargo, habitualmente, están perturbadas.

*SINTOMATOLOGIA—*

Frecuentemente se trata de un sujeto traído al hospital en plena crisis; y sobre el cual no se posee ningún dato.

El enfermo está en cama, tendido sobre el dorso; presenta una facies variable, vultuosa, o al contrario, muy pálida. La respiración es estertorosa, regular.

*Trastornos motores.*—Los miembros están en resolución muscular; al ser levantados caen flácidamente sobre el plano de la cama. La cara presenta un aspecto variable; pudiéndose percibir, a veces, un inicio de parálisis facial, o desviación conjugada de los ojos.

*Trastornos sensitivos.*—La sensibilidad está afectada; la anestesia es completa.

*Trastornos reflejos.*—Muy variables. Los reflejos pueden estar normales, exaltados o abolidos.

*Trastornos intelectuales.*—A veces el enfermo reacciona a fuertes excitaciones emitiendo sonidos inarticulados. En ocasiones, puede ejecutar algunos movimientos tras repetidas solicitudes. Generalmente la pérdida de la conciencia es completa.

*Trastornos esfinterianos.*—Retención o incontinencia. A veces hay falsa incontinencia. En todo caso se impone el examen de orina, que es *capital* al punto de vista diagnóstico. Es frecuente la necesidad de cateterizar en casos de retención.

En presencia de este cuadro, se deberá completar el examen por la auscultación del corazón, la medida de la tensión arterial, de la temperatura; y realizar una punción lumbar.

*DIAGNOSTICO DIFERENCIAL—*

Con este conjunto de síntomas, el diagnóstico de coma se impone. A lo más, en ciertos comas incompletos se puede confundir con el síncope, en el que predominan los trastornos respiratorios y cardíacos.

La somnolencia es de diagnóstico más delicado porque este síntoma se puede encontrar en afecciones nerviosas o intoxicaciones, susceptibles de determinar un coma, en un grado más avanzado.

El estupor, propio de ciertos estados mentales, se diagnostica por los datos que proporcionen los familiares.

En el shock y colapso cardíaco la conciencia está conservada, lo mismo que la motilidad; hay disnea, hipotensión extrema y trastornos del ritmo cardíaco.

*DIAGNOSTICO ETIOLOGICO—*

1.—*Coma traumático.*—Son frecuentes; y en ellos, la noción del traumatismo impone el diagnóstico etiológico y comanda, frecuentemente, la intervención de urgencia; la cual varía según el mecanismo de este coma traumático.

a).—El caso más frecuente está dado por las heridas penetrantes del cráneo. En estos casos hay que temer no solamente el coma sino también los fenómenos infecciosos que rápidamente lo acompañan. Hay que señalar la importancia que tiene el desbridamiento de la herida craneana y la búsqueda de los cuerpos extraños.

b).—Traumatismo sobre la región craneana: caída de un sitio elevado. El traumatismo es evidente, pero se trata de averiguar el grado de gravedad.

*Fractura del cráneo.*—Se trata de una fractura del cráneo, de una conmoción, de una contusión o de una compresión?

El diagnóstico siempre es delicado, porque en ese momento todos los síntomas se confunden con el cuadro del shock. El diagnóstico se apoya en la presencia de evacuaciones anormales: otorragias, epistaxis persistentes, parálisis del III, IV o VII par. Se debe practicar la punción lumbar, obteniéndose en estos casos, un líquido rosado o francamente sanguinolento, uniformemente teñido, que no se coagula, dando por sedimentación un grumo de glóbulos rojos. Además en di-

chos comas la punción lumbar tiene valor terapéutico y debe repetirse varias veces.

*Conmoción.*—La caída ha sido seguida de un fuerte coma, pero cuando se ve al enfermo no se encuentra ningún signo de localización; y el coma experimenta un ligero retroceso en algunas horas, no dejando después ninguna secuela (ni parálisis, ni contractura).

*Contusión cerebral.*—El coma es más completo ;se acompaña de respiración estertorosa, lentitud del pulso, palidez, fiebre; y es seguido de signos de excitación cortical. El pronóstico es reservadísimo.

*Compresión cerebral.*—El traumatismo ha determinado un derrame sanguíneo intracraneano. En el momento del accidente el enfermo ha podido presentar una simple inmovilización. En las horas que siguen, *después de un intervalo libre en el que la importancia del diagnóstico es capital,* el enfermo entra en un coma progresivo. Este coma se puede acompañar de signos de localización: hemiplegias, monoplegias, epilepsia Bravais-Jacksoniana. Se deberá tener en cuenta la dilatación pupilar del lado afecto. La punción lumbar dá pocos datos; a veces el líquido es normal o ligeramente sanguinolento.

En este caso se debe recurrir lo más rápidamente posible a la evacuación descompresiva, con evacuación del hematoma.

2.—*Comas de causas médicas.*

Frente al coma traumático, bien diferenciado por la circunstancia de su producción y por la intervención quirúrgica que requiere; se encuentran las múltiples causas de coma, de orden esencialmente médico. Entre ellas, una es particularmente importante: *la hemorragia.*

I.—*Hemorragia.*—

Es determinada por la ruptura de un aneurisma miliar de la arteria lentículo-estriada. Es una afección que se presenta en sujetos de 50 a 60 años, con antecedentes de sífilis o arterioesclerosis. En esta forma se presentan los comas más profundos y más típicos.

*Período de ictus.*—El ictus es brutal, sin prodromos; sorprende al enfermo en medio de sus ocupaciones. Es seguido de vértigo, el enfermo tambalea, cae, iniciándose el coma.

*Período de estado.*—Dentro de este cuadro, algunos signos hacen pensar en la hemorragia cerebral:

Hay parálisis facial; las facciones están desviadas hacia el lado sano; los carrillos se dejan distender pasivamente en la expiración: el enfermo "fuma la pipa".

Se constata, además, que la cabeza y el cuello están desviados lateralmente, pudiendo fácilmente ponerlas en posición normal; pero rápidamente tornan a su primera posición.

Del lado de los miembros se advierte ya la hemiplegia. El signo de Babinski puede ser ya evidente. Igualmente, se señala la abolición del reflejo cutáneo abdominal del lado de la hemorragia.

El examen del corazón permite constatar, frecuentemente, reforzamiento aórtico y ruido de galope. La tensión arterial está elevada.

La temperatura baja en las primeras horas; presentando, enseguida, una elevación moderada y pasajera. La punción lumbar da pocos datos; la reacción de Wasserman frecuentemente es positiva.

En los casos de hemorragia cerebro-meníngea la punción lumbar da un líquido sanguinolento, que revela la presencia de sangre en el espacio sub-aracnoideo.

II.—*Reblanecimiento general.*—

Con menos frecuencia da lugar a coma. En general, el enfermo asiste a la instalación de su hemiplegia. Sin embargo se puede producir en dos condiciones:

a).—*Sujetos jóvenes.*—Estos casos son los más frecuentes. Se trata de arteritis sifilíticas. Más raramente se deberá pensar en embolia generalmente consecutiva a estrechez mitral.

b).—*Ancianos.*—El inicio generalmente está precedido de pequeños signos debidos a sifilis cerebral: cefalalgia, vértigos, afasia transitoria, aturdimiento, pesadez de los miembros.

En general *el ictus es menos violento;* y en el curso del coma la temperatura está elevada. Los signos retroceden en mayor grado que en la hemorragia.

En fin cuando el enfermo sale del coma, el predominio de la afasia y de las parálisis localizadas; constituyen un buen signo para el diagnóstico retrospectivo.

A estos dos casos, que son los que con más frecuencia producen coma; se añade:

III.—*Afecciones cerebrales.*—

La sifilis, que ocasiona coma por hemorragia o por reblandecimiento; puede provocar, también, ictus pasajeros que no son sino epifenómenos en el agravamiento progresivo de la parálisis general.

También se debe colocar en este grupo, los comas que se producen en el curso de la evolución de los tumores y abscesos del cerebro. Todos los fenómenos que le preceden contibuyen a aclarar su naturaleza.

El coma epiléptico es de fácil diagnóstico; pues es el estado terminal y constante de las crisis de epilepsia esencial; siendo un accidente raro en el curso de la epilepsia bravais-jacksoniana.

En el primer caso, este episodio sucede a una fase de convulsiones primero tónicas y después clónicas, acompañadas de mordedura de la lengua, pérdida involuntaria de orina, cianosis y dilatación pupilar. En el segundo caso, es un síntoma contingente que sobreviene después de una epilepsia localizada en un miembro o en la cara; y secundariamente generalizada.

Asi mismo puede presentarse como término de la encefalitis letárgica.

IV.—*Afecciones meníngeas.*—

*Hemorragia meníngea.*—El coma tiene caracteres muy particulares:

1—Signos de reacción meníngea: contractura, rigidez de la nuca; signo de Kernig.

2—Temperatura: 38°-38°5.

3—Glucosuria; albuminuria.

La punción lumbar muestra un líquido sanguinolento; uniformemente teñido, un grumo de glóbulos rojos a los que se agregan polinucleares de aparición precoz. Encima del depósito sanguinolento, el líquido es xantocrómico.

*Meningitis.*—El coma, frecuentemente, es el estado terminal en el curso de una meningitis tuberculosa, cerebro-espinal, sifilítica, etc.

La *meningitis cerebro-espinal* puede ocasionar un coma que aparece en forma fulminante o está precedido de algunas convulsiones. Se tratará siempre de un coma febril en el cual la presencia de rigidez pronunciada y de signos infecciosos deberán hacer practicar la punción lumbar.

Se puede tratar de meningitis a gérmenes diversos, pero en primer lugar se pensará en meningococo, ante cuya presencia se impondrá la terapia específica.

La *meningitis sifilítica aguda*, secundaria, es particularmente interesante a causa de la eficacia del tratamiento. En presencia de una meningitis con líquido claro, siempre habrá que pensar y beneficiar al enfermo de un tratamiento de prueba.

La *meningitis tuberculosa*, no llega al coma más que en el término de una evolución fatal.

V.—*En el curso de las crisis hipertensivas en la hipertensión paroxística*, por suprarrenaloma, por lesión del neumogástrico o del ganglio

de Gasser; en el curso de la encefalopatía saturnina, en la eclampsia puerperal.

*COMAS TOXICOS.—AUTOINTOXICACIONES—*

En estos casos hay dos grandes comas: urémico y diabético.

I.—*COMA UREMICO.—*

Corrientemente el episodio terminal, tanto de las uremias agudas como de las crónicas.

1º—*Uremia crónica.*—En un gran número de casos, es el fin de una nefritis crónica. Este coma es con hipotermia, miosis, Cheyne-Stockes. A veces se observa respiración de Kussmaul que estaría en relación con acidosis.

Tal sintomatología impondrá un examen atento del corazón, de los vasos; asi como la investigación de la cifra de la úrea en la sangre. Medición de la tensión arterial. Examen de orina.

2º—*Uremia aguda.*—El coma es el fenómeno terminal y fatal, en el curso de una anuria calculosa; en cuyo caso su diagnóstico se impone. Mucho más interesante es su diagnóstico en el curso de las nefritis agudas; casos en los que una sangría copiosa, suero glucosado, pueden hacer salir al enfermo del coma.

II.—*COMA DIABETICO.—*

Lo más corriente es una larga fase de precoma, en la cual se acentúan los signos de acidosis.

a).—*Precoma.—Trastornos generales.*—Acentuación profunda del entorpecimiento, hipotermia, trastornos nerviosos, somnolencia crisis epileptiformes raras, trastornos digestivos, náuseas, vómitos alimenticios, diarreas, epigastralgias, trastornos respiratorios, Kussmaul.

*Trastornos urinarios.*—Disminución de la diuresis, glucosuria menos marcada que anteriormente, acetonuria. Es importante hacer lo más pronto posible el tratamiento por la insulina, cuando se constata en un diabético, uno de los signos precedentes, que hacen sospechar la aproximación del coma. Al mismo tiempo se hidratará al enfermo, siendo necesario sostener al corazón; evitándose así, con mucha frecuencia, la aparición del coma.

b).—*Fase de coma.*—El enfermo está pálido acostado sobre el dorso, respiración de Kussmaul, las pupilas generalmente dilatadas, hipotensión de los globos oculares, aliento de olor acetónico. En la orina

la reacción de Gehrardt es fuertemente positiva. Además las reacciones de Legal y de Gumbert muestran la presencia de acetona.

En estos casos, de extrema urgencia, la administración rápida de insulina es indispensable.

*OTROS COMAS DE LOS DIABETICOS—*

Son los comas por hipoglicemia con hiperinsulinemia. El gran síntoma está dado por las convulsiones. Por el interrogatorio se recoge el dato de un reciente y enérgico tratamiento insulínico; y el análisis de orina demuestra ausencia de azúcar.

Naturalmente, hay que suprimir la insulina y administrar suero glucosado.

*III.—COMA CARDIACO EN LOS DIABETICOS.*—Es una grave amenaza, en la cual siempre hay que pensar. Se caracteriza por palidez, pequeñez del pulso que deviene arrítmico y rápido; hipotensión arterial extrema.

Administrar adrenalina, a pesar que s uacción es antagónica a la de la insulina. Dar ouabaína si es necesario. En todo momento hay que temer la muerte súbita.

*IV.—COMA ECLAMPTICO.*—Se aproxima al coma urémico. Es debido a múltiples causas: intoxicación de orígen placentario, glandular, hepato-renal. Se produce en la mujer en cinta, en la segunda mitad de la gestación.

La crisis eclámptica está precedida de una larga fase prodrómica con: albuminuria progresivamente creciente, a pesar del régimen y del tratamiento; crisis hipertensivas; cefalalgia; trastornos oculares; barra epigástrica.

*V.—COMA EN EL CURSO DE LA INSUFICIENCIA HEPATICA.*

Fenómeno terminal en la icteria grave.

*HETERO-INTOXICACION.—COMA ALCOHOLICO—*

Coma banal sin lesiones orgánicas. Facies vultuosa, olor del aliento. El lavado gástrico tiene valor diagnóstico y terapéutico.

*COMA ARSENICAL.*—Es uno de los accidentes de la intoxicación por los arsenobenzoles. Accidente generalmente tardío, aparece 2 o 3 días después de la aplicación de la inyección. La noción del tratamiento, la crisis nitritoide inmediatamente después de la inyección y el eritema, hacen el diagnóstico.

*COMAS MUCHO MAS RAROS.*—Son los comas por el opio, la cocaína, la beliadona. Midriasis, garganta seca, facies congestionada, delirio, oliguria, muerte.

*COMAS EN EL CURSO DE LAS INFECCIONES—*

*En el adulto:* En una fase avanzada, el coma representa el accidente terminal de múltiples estados infecciosos.

*En el viejo:* La mayor parte de afecciones evolucionan en forma latente. Particularmente la fiebre tifoidea, la neumonia terminan en ictus, seguido de coma.

*COMA HISTERICO—*

Inicio brusco; sucede corrientemente a una emoción. No hay modificación del estado general, ni del pulso, ni de la respiración.

Cualquiera que sea la causa, el examen de un enfermo en coma; en todo caso debe comprender una serie de investigaciones sistemáticas:

Examen del corazón, de la tensión arterial, de la orina, de la sangre, del líquido cefalorraquídeo.


# GUILLERMO RUIZ REMY

CAMANA 809 — LIMA

**Gustoso le enviaré un presupuesto por el material médico-quirúrgico de las secciones siguientes:**

Cirugía General
Vías Urinarias
Ginecología
Obstetricia
Otorinoalringología
Esterilización
Laboratorio
Presión arterial
Metabolismo basal
Electricidad médica

STOCK PERMANENTE

## TRADUCCION

# Historia de la Medicina

## LA ESCUELA MEDICA DE VIENA

El Dr. Otto Hamann vé en la anexión de Austria por Alemania, un motivo para hacer una corta Historia de la Escuela Médica de Viena, fundada por Boerhaave y Van Swieten y hoy brillantemente representada por von Jauregg y von Eiselsberg.

Por mucho que la personalidad sea suficiente, es siempre necesario rodearse de hábiles colaboradores para alcanzar un gran fin. Así lo comprendió la kaiserina María Teresa al escoger, entre otros, al holandés Van Swieten para confiarle la renovación de los conocimientos médicos de su patria: Austria.

*Gerard Van Swieten* fué pues, fundador de la Escuela de Viena. Gracias a su energía se organizó la primera clínica en suelo alemán, tomando el modelo de su maestro Boerhaave de Leyden. Fundó luego una Escuela de Medicina práctica, que fué foco de atracción de gran número de estudiosos del mundo entero, para los que Viena llegó a representar lo que Roma para el artista.

Con Van Swieten se inicia pues la primera etapa de la Escuela Médica de Viena, seguida hasta el comienzo del siglo XIX por clínicos de la talla de Haën, Stoll, Peter Frank, Hildebrand y Auenbrugger.

*Rokitansky y Skoda,* checos asimilados a la cultura alemana, inician la segunda brillante etapa, que alcanza su óptimo alrededor de la mitad del siglo XIX. Su actuación se vió precedida por la obra genial de J. P. Frank, el que como profesor dió una nueva dirección a la Anatomía Patológica, inaugurando una Morgue.

Poco a poco la Escuela de Viena fué caracterizándose por cierta actitud escéptica, como reacción a las fantásticas teorías que en ese entonces dominaban a la Medicina alemana. En el año 1830 se desarrolla la Segunda Escuela Médica orientada escépticamente también y desfavorable a toda especulación.

Rokitansky y Skoda, médicos amigos, de rara energía y genialidad, creadores el uno de la Anatomía Patológica y el otro del Diagnóstico físico, convierten a Viena en El Dorado de los estudiantes de Medicina del orbe. Los métodos de Auscultación y Percusión de Skoda, así como la patología de Rokitansky, conservan su valor en medio de los adelantos actuales.

Sigue luego *Ignaz P. Semmelweiss,* que descubre la etiología de las fiebres puerperales.

*Ludwig Tuerck,* inventor del laringoscopio y *Politzer* y *Gruber* crean las especialidades de garganta y oídos, respectivamente, introduciendo nuevos métodos.

*Stricker* inicia una Patología general y experimental, que posteriormente no pudo ser desarrollada de manera tan ejemplar por Universidad alguna. Es pues una especialidad austriaca. Personalidad de clase singular, Stricker, estudia la célula, la inflamación y la función del Sistema Nervioso, en forma sobresaliente.

En el último tercio del XIX se destacan Billroth, Bamberger y Nothnagel, que vinculan las conquistas de la Escuela Médica de Viena con la medicina alemana.

*Theodor Billroth,* hijo de un pastor de Bergen, se inicia en Zurich. Siendo niño se le consideró tardo de ingenio. Ya médico práctico, se establece en Berlín "con tan insignificante resultado que en el transcurso de dos meses ni un solo enfermo exigió su ayuda profesional". Obtiene la plaza de ayudante de Langenbeck. Solicitado por Viena, desarrolla aquí una grandiosa actividad clínica. Pasa por una primera etapa de investigador eficiente, seguida de otra en la que se revela como audaz operador. El es el padre de la moderna cirugía, habiendo abarcado todos los dominios de la operatoria quirúrgica, que experimentaron en sus manos gran adelanto. Temperamento artístico profundo, su casa era círculo de artistas y sabios y consideraba "necedad de nuestros tiempos el querer ver oposición entre la Ciencia y el Arte. La Imaginación es la madre de ámbas". Del mismo modo que Virchow en la política, Eugenio Sue, Claude Bernard, Feuchtersleben, Littre y Lombroso, autores de grandes obras paramédicas y literarias, Lotze y W. Wundt en filosofía, siendo médicos todos, así Th. Billroth fué igualmente gran escritor y artista. Un hombre que solamente sea médico, no se distinguirá de modo especial en su propio arte si descuida los demás.

*Bamberger* fué el maestro de Medicina Interna, en esta época privilegiada. Aprovechó la Microscopía y la Química y las puso al servicio de la Clínica.

En 1882, *Nothnagel* que ya goza de fama de clínico en Jena, es llamado a Viena. Había enriquecido ya todas las ramas de la Medicina con sus trabajos, especialmente sobre los nervios de los vasos, las arritmias cardiacas y las enfermedades intestinales. Le dió capital importancia al examen y anamnesis del enfermo. Maestro en el examen del pulso fué el primero en llamar la atención sobre la importancia de la presión sanguínea. En Hermann Nothnagel se reunieron cualidades que por sí solas bastarían para elevar a un hombre, clara inteligencia y corazón bondadoso con la más tenaz fuerza de carácter. Su monumento en la Universidad de Viena lleva la siguiente sentencia: *Solamente un hombre bueno podrá ser un buen médico.*

El cirujano *Albert* actuó al lado de Billroth como profesor de la segunda Clínica Quirúrgica. Sus dotes de maestro mantenían absortos a sus discípulos por su especial claridad e intuición. Bajo la influencia de Albert y Billroth se desarrollaron dos nuevas especialidades: la *Urología* cuyo representante fué *Leopold von Dittel* y la *Ortopedia* con *Lorenz*, célebre entre otras causas, por su método de reducción incruenta de la luxación de la articulación de la cadera.

En *Ginecología* se destacaron *Braun von Fernwald*, *Breisky* y *Chrobak* a los que se agregó *Schauta* que llevó las técnicas de la operación vaginal a una perfección acabada.

La *Oftalmología* vienesa tiene brillantes nombres: *von Arlt*, *von Carion*, *Ed. Jaeger* y *Ernest Fuchs*. En 1884 *Koller* descubre el efecto anestésico de la cocaína sobre la córnea y conjuntiva.

En *Dermatología*, *Kaposi* sucede al gran *Hebra*, describiendo gran número de nuevas formas de enfermedades.

En *Psiquiatría* y *Neurología* actuaron los grandes anatomistas del cerebro *Meynert* y *Leidesdorf*. Sucesor del último fué *Kraft-Ebing* quien empleó por primera vez el Hipnotismo y la Sugestión como factores de curación. A él le siguió *Julius Wagner von Jauregg*, a quién la Escuela Médica Vienesa de los últimos 20 años le debe la mayor parte de su reputación universal. El pavoroso cuadro de la Parálisis General, del que han sido víctimas cerebros como Lenau, Nietzsche, Maupassant, Hugo Wolf y tantos otros, casi ha desaparecido en la actualidad gracias á su Malarioterapia. Si ello no fuera suficiente, tenemos también sus estudios sobre el Bocio endémico, sobre la activación anespecífica de cuerpos sensibilizados y en Endocrinología.

A fines del siglo XIX *Holznecht* reconoce la importancia práctica del descubrimiento de Röontgen y crea el célebre Instituto Central de Rayos Röntgen.

La Medicina Infantil es propugnada por *Widerhofer*, *Escherich* y *von Pirquet*.

Sucesores de Billroth y Albert y de su misma talla son *von Eiselsberg* y *Hochenegg*. Los trabajos del primero comprenden investigaciones bacteriológicas y sobre la glándula tiroides. Desarrolla la moderna cirugía del estómago e intestinos, del cerebro y la médula espinal. Insigne operador e infatigable maestro ha sido reemplazado en 1931 por su alumno *Wolfgang Denk*.

Continuando a Nothnagel en la Clínica Médica está *Karl von Noorden*, que se dedicó a los estudios sobre alteraciones del metabolismo y nutrición, especialmente la Diabetes. Fué continuado a su vez por el holandés *Wenckebach* especializado en enfermedades del corazón.

A *von Nausser* de la segunda clínica médica le siguieron *Norbert Ortner* y *Franz Chvostek*, sobresalientes especialistas del diagnóstico.

*F. Hamburger* sucedió a *von Pirquet* en la Clínica Infantil. El investigó sobre todo las enfermedades infecciosas infantiles y propugnó el tratamiento psíquico de los niños nerviosos por la sugestión y educación.

En *Ortopedia* se destacaron al lado de Lorenz, *Hans Spitzy* y *Lorenz Boehler*, cuyos métodos originales de tratamiento de las fracturas lo hacen mundialmente célebre.

En *Dermatología* la Clínica de *Kaposi* es asumida por *Riehl*, que introduce la radiumterapia en los procesos de la piel. Simultáneamente el sifilógrafo *Finger* actúa con *Kerl* en la clínica respectiva.

Fuchs continuó en la Clínica Oftalmológica. Su alumno *Karl D. Lindner* se distingue en el tratamiento del desprendimiento de la retina.

En Medicina Legal se tiene a *von Hoffmann*, seguido por *Kolisko* y *Haberda*.

El provecho más resaltante de la historia es el conocimiento de valor, de la personalidad, de la prosperidad, emanada de hombres nobles e inteligentes. La Escuela de Viena sería aún más gloriosa, si cabe, si no se hubiera reprimido con frecuencia a innovadores de pensamiento independiente como Auenbrugger, Gall, Semmelweiss, por ejemplo.

Reconocidos los pesados errores de la época materialista y teniendo la certidumbre de que la libertad favorece la investigación y da a la profesión médica nuevas posibilidades de desarrollo, se espera de ese círculo del saber humano que es la Escuela Médica de Viena una nueva época de prosperidad, que redundará en provecho de la brillante rama del conocimiento que es la MEDICINA.

Münch. Med. Woch. 1938. Nr. 17"

*Otto Hamann*

*Tradujo* L. A. C.
(6º Año de Mecina)

# REVISTAS DE LIBROS—

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS ENFERMEDADES DE LOS PULMONES CON ESPECIAL CONSIDERACION EN LA TUBERCULOSIS. — Por el Prof. Dr. F. G. Schmidt. Traducido del alemán por el Prof. M. Bañuelos García. Editor Manuel Marín, Barcelona 1940.**

El Dr. M. Bañuelos García, Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, durante el período que permaneció cerrada su Cátedra Universitaria, dedicó parte de su tiempo a una labor encomiable: traducir el volúmen 60 de la Biblioteca de Tuberculosis publicada en idioma alemán y del que es autor el Prof. P. G. Schmidt, Jefe del Hospital de Hohenkrug.

En este volúmen, que es considerado como obra de gran valor en la literatura alemana sobre tuberculosis, ha reunido el autor las lecciones dictadas a los médicos de distritos destinados a dirigir establecimientos para enfermos del pulmón.

Descolla la obra por su carácter analítico, total, de cuantos procesos pueden implantarse en los pulmones y mediastino simulando enfermedades pulmonares, los que analiza el Prof. Schmidt de un modo preciso, concreto, fijándose solamente en lo de verdadero valor para el diagnóstico diferencial al lado de una completa y nítida ilustración radiográfica.

Los siguientes son los capítulos de que consta: PARTE GENERAL. PARTE ESPECIAL: Enfermedades de los bronquios, vasos, e intersticios. Enfermedades pulmonares de nódulos finos. Las enfermedades del pulmón de nódulos gruesos. Las enfermedades de grandes espacios de pulmón. Las formaciones cavitarias del pulmón. Los procesos de reducción del pulmón. Procesos patológicos en hilio y mediastino.

**M. P. B.**

* * *

**EL PROBLEMA DE LOS TUBERCULOSOS INCURABLES por el Dr. Juan A. Werner. Lima, Perú. 1940.**

El Profesor Auxiliar de la Cátedra de Tisiología Dr. Juan A. Werner ha enviado a nuestra Biblioteca uno de sus últimos trabajos intitulado: "El Problema de los Tuberculosos Incurables" ponencia médico-social presentada a las Primeras Jornadas Nacionales de Tisiología. Con este valioso aporte reciben los encargados del comando de la Lucha Antituberculosa, todavía en gestación, directivas basadas en reales cálculos, sobre uno de los puntos que el Estado debe tratar de impulsar para su pronta resolución, ya, que no hay que esperar más tiempo para comprender que la propagación de la tuberculosis en todo nuestro territorio es

alarmante, por más que nuestras estadísticas, hasta la fecha muy deficientes, no nos permitan establecer en forma precisa su extensión.

Reclama el Dr. Werner que: "la lucha antituberculosa sea nacional antes que local para que sea eficaz y completa", punto a resolver dentro de lo posible, ya que hoy por la facilidad para trasladarse a la capital, la inmigración de enfermos del resto del territorio aumenta enormemente, confiados en que la atención gratuita que reciben en los pocos Dispensarios y Hospitales que existen en Lima, alivia a los incurables y cura a los susceptibles de ello, engrosando así, los primeros, el número de sujetos contagiantes que deambulan por las calles de la capital, por carencia de lugar para su hospitalización inmediata.

El estudio profundo del problema en todos sus aspectos lleva al autor a valiosas conclusiones para la resolución que se debe dar a tan importante e ingente medida contra la propagación de la tuberculosis pulmonar en nuestro medio.

Felicitamos al Dr. Werner y le agradecemos el envío de su folleto.

**M. P. B.**

**MONOGRAFIA CORAMINA. — Basilea, 1939.**

Hemos recibido, por atención que agradecemos, de la Sociedad para la Industria Química de Basilea (Suiza), este volúmen de 136 páginas que se presenta como Memoria, destinado a presentar los resultados experimentales y experiencias clínicas en los 15 años que van transcurridos desde la introducción de la Coramina en la terapéutica.

Particularmente interesante es el capítulo que trata de los principios fundamentales de la acción de la Coramina en sus acciones antagónicas contra los venenos.

Intercaladas al texto de este libro elegantemente impreso tiene magníficas ilustraciones, para mayor comprensión de los lectores.

---

## Nota Editorial

**Avisamos a nuestros anunciadores y colaboradores que en homenaje a Daniel A. Carrión, nuestro próximo número saldrá en edición especial.**

# REVISTA DE REVISTAS—

**EL CAMPO DEL MANEJO DE LA DIGITAL. — Por el Prof. Ignacio Chávez. — Cuarta lección del Curso de Cardiología para Graduados. — Hospital General. 1939. Archivos Latino-Americanos de Cardiología y Hematología. Tomo X No. 3. Mayo-Junio 1940.**

Dice el A. que: No hay enfermedad ni lesión alguna del corazón que obliguen a usar la digital. Son los trastornos funcionales del tipo de la insuficiencia cardíaca, con las características que vamos a señalar, los únicos que constituyen el fundamento seguro para prescribir la droga.

Señala como **indicaciones:** 1º—En el cuadro de la insuficiencia cardíaca de tipo congestivo acompañada de fibrilación auricular, con ritmo rápido del corazón ésta es la indicación ideal, enseñada por Potain y Vaquez. 2º—La digital es benéfica y debe usarse en la insuficiencia cardíaca, aunque no se acompañe de fibrilación auricular. Indicación perfectamente aceptada por la escuela norteamericana y sajona y preconizada en la Tesis de doctorado del Prof. Chávez quien dice: "Todo lo que produce un déficit en el funcionamiento del órgano central que llegue hasta la insuficiencia, amerita la medicación digitálica, acompañada, por supuesto, de las indicaciones especiales para cada caso". 3º—Cuando existe la insuficiencia cardíaca con fibrilación pero con bradiarritmia en vez de taquicardia, la digital debe usarse, porque es útil, aunque lo sea menos que cuando hay taquicardia. 4º—La fibrilación auricular aislada, sin insuficiencia cardíaca, reclama igualmente la digital, siempre que afecte un ritmo rápido, pero no si hay bradiarritmia. El efecto de la digital en estos casos es mantener la cifra de pulsaciones en un nivel aceptable. Como última indicación: No solo en la insuficiencia cardíaca actual, confirmada, sino en el período de simple disminución de la energía de reserva, puede usarse con ventaja, si el paciente tiene que realizar esfuerzos que le causen disnea o que rebasen en alguna forma su capacidad funcional. Hay experiencias concluyentes al respecto realizadas por Harrison en que en las insuficiencias latentes, potenciales, que se manifiestan solo con ocasión del esfuerzo, estos corazones digitalizados son capaces de rendir su trabajo, sin disnea, sin marcada taquicardia y con una mejor capacidad vital. Refiriéndose a las **contraindicaciones**, que divide en: formales o absolutas, relativas y temporales dice el A. 1º—**No hay que usar la digital cuando no se le necesite.** Esta es de todas la mayor contraindicación. La digital es droga fuerte, es arma noble para la que debe rezar la recia fórmula de la espada: "No la saques sin razón". No debe usarse como un medicamento de tipo preventivo, ni en los operados ni en el curso de las enfermedades infecciosas so pretexto de prevenir la claudicación

del miocardio. Cuando, se trata de un corazón sano, la digital no pasa de ser un tóxico, si no hay un trastorno cardíaco que corregir, no hace más que añadir una intoxicación a otra. 2º—No hay que seguirla usando cuando ya haya rendido el beneficio que se le pide. Es decir, si se le ha dado para corregir un trastorno funcional y ese trastorno está ya corregido, carece de objeto seguir prescribiendo digital. 3º—No hay que insistir en la cura digitálica cuando hayan aparecido los primeros signos de intoxicación por la droga. La intolerancia se manifiesta a veces, muy pronto, a las primeras dosis, otras veces solo cuando se ha rebasado la dosis útil y se ha llegado a la tóxica. Para que los signos de intoxicación constituyan una contraindicación formal, deben ser realmente imputables a la aplicación de la droga. Si el paciente tenía bigeminismo antes de ingerirse digital no está contraindicada. El único trastorno del ritmo que si constituye una contraindicación absoluta aún en el caso de que no sea imputable a la digital, es la extrasístolia ventricular en salvas. 4º—No hay que usar la digital cuando exista bloqueo aurículo-ventricular, completo o incompleto, sobrevenido en el curso del tratamiento e imputable a él. Por lo que toca a bloqueos que no sean imputables a la medicación digitálica, sino preexistentes a su uso, es necesario modificar la vieja afirmación: no contraindican en lo absoluto el empleo de la digital. En los bloqueos preexistentes al empleo digitálico, no debe usarse la droga si el cuadro se acompaña de síndrome de Stokes-Adams. 5º—Está contraindicada, cuando menos temporalmente, en la insuficiencia cardíaca de tipo inflamatorio, por miocarditis aguda sobre todo en sus comienzos. Hay experiencias concluyentes acerca de la fácil intoxicación por la digital de la fibra miocárdica cuando está infectada. 6º—La digital está contraindicada en los primeros días que siguen a la producción de un infarto del miocardio. Trae desprendimiento de trombus, fibrilación ventricular que es una de las maneras naturales de morir del que sufre un infarto del miocardio y rara vez ruptura del corazón. No hay que olvidar que en el infarto del miocardio no se trata de una insuficiencia cardíaca, se trata de un hundimiento rápido, agudo, del tipo del colapso y contra el colapso cardíaco la digital no tiene efecto. 7º—En las grandes dilataciones del corazón con manifestaciones avanzadas de insuficiencia, constituyen una contraindicación temporal, a veces relativa, a veces absoluta, para el empleo de la digital lo mismo que las sínfisis del pericardio. 8º—En los infartos pulmonares recientes la digital aumenta la hemorragia y en los enfermos que habían dejado ya de sangrar, provoca la reaparición de esputos hemoptoicos. Esto es observa igualmente si se usa ouabaina y en estos enfermos, aunque estén al mismo tiempo en insuficiencia cardíaca no debe utilizarse. 9º—No debe usarse la digital para moderar la taquicardia ni para corregir el galope de los corazones tirotóxicos, y 10º—En los accidentes agudos del tipo del síncope o del colapso cardíaco y en los accidentes también agudos de la insuficiencia circulatoria periférica del tipo del shock.

**M. P. B.**

* * *

**FENOMENOS MENTALES Y NERVIOSOS EN TUBERCULOSIS. — Everett F. Conlogue. — The American Review of Tuberculosis. — Agosto 1940. — Vol. XLII Nº 2. — Pág. 161**

Estudia el rol de la mente y de la emoción, que han puesto a prueba la pluma de cientos de escritores médicos, incluyendo muchos de los mejores nombres de

especialistas en Tuberculosis y Psiquiatría. El autor de este trabajo señala como axioma la inseparabilidad de la mente y del espíritu, del cuerpo.

En verdaderas demostraciones de inteligencia, en numerosos párrafos, hace el estuido de la Patogenesis, signos, síntomas, curso, Prognesis, Profilaxis y tratamiento de la materia del título.

La predisposición, el factor congénito, el hábito, y tipo constitucional son estudiados dentro del capítulo de la Patogenesis de la Tuberculosis. Se extiende sobre el hecho de que las afecciones mentales, especialmente la Demencia Precoz, tienen relación con la incidencia de la afección tuberculosa.

Recomienda una especial atención de los pacientes en el Sanatorio u Hospital, especialmente en lo que se refiere a sus dificultades personales y estadios emocionales. Igualmente la higiene mental, lo que se puede conseguir, dice, por la sugestión, la persuación y la reeducación.

Merece la Catarsis mental, una especial dedicación en cuanto a su examen como método terapéutico en los enfermos de la peste blanca.

Concluye, su interesantísimo artículo, afirmando que está plenamente comprobado el rol de los fenómenos mentales, nerviosos y emocionales en cada fase de la T. B. C. y que hay que reconocer la interacción de la mente y del cuerpo, así como la necesidad de considerar al todo humano como merecedor de la más grande atención. Este artículo trae para el traductor, a mente, la concepción de la Medicina integral, tal como ya ha sido considerada por muchos autores en el mundo entero; pero coincide que es más que nada, interés de cultura general y capacitación total la que debe perseguir el estudioso de nuestros días, sin llegar al Enciclopedismo superficial que tanto daño hizo al pensamiento medio del pasado siglo.

R. V. A.

* * *

**EMBOLIA CORONARIA. — Como complicación de la aortitis sifilítica. — William Porter y Edwin W. Vaughan. — The American Journal of the Medical Sciences. — Agosto 1940. — Vol. 200 Nº 821 — Pág. 184**

Los autores ponen de manifiesto la importancia de su trabajo, desde que como dicen, aunque la oclusión de las arterias coronarias por trombosis es relativamente de ocurrencia común, no sucede lo mismo con la oclusión por embolia, la cual es rara.

Sobre 3,000 autopsias hechas en el Colegio Médico de Virginia E.E. U.U., 3 casos fueron encontrados en los que la oclusión había sido motivada por esta última causa. Y estos casos son señalados por el Profesor Porter y su colaborador como el resultado indirecto de la aortitis sifilítica.

En el caso I a la autopsia se comprobó aortitis sifilítica y trombo mural de la aorta, émbolo en el orificio de la arteria coronaria izquierda y aguda dilatación del corazón así como Edema Pulmonar.

En los otros casos (2) se han acompañado estudios de electrocardiogramas, encontrándose en el caso 3, donde se hizo idénticas comprobaciones anatomo patológicas, una ausencia de P. en las 4 derivaciones, RT. aumentado en las derivaciones 1 y 4, ST. disminuída en 2 y 3 y una profunda Q en 4. La tasa ventricular fué de 75 y regular. Estas condiciones del electrocardiograma sugieren a los autores, que hay un ritmo nodal, trastorno del sistema ventricular de conducción y oclusión coronaria aguda.

El interés de este trabajo lo ponen de manifiesto los autores, desde que como recuerdan, los libros de Patología mencionan solamente tres complicaciones de la aortitis sifilítica: Estrechamiento del orificio de la arteria coronaria, regurgitación aórtica y aneurisma de la aorta. Desde luego, hay que agregar la embolia coronaria como una posible aunque rara complicación.

R. V. A.

* * *

**CALCULOS POR SULFOPIRIDINA. — Su producción en el hombre. — Plummer N. y Mc Lellan F. — Journal American Medical Association. — 114 — 943. Julio, 1940**

Dos pacientes mostraron cálculos renales después del tratamiento con Sulfopiridina, demostrados al examen post-mortem y por la pielografía. Ambos pacientes tuvieron hematuria y uno solamente cólico renal. Uno tuvo 11 gm. de droga y 555 gm. el otro.

En uno de los casos se demostró el cálculo al pielograma, no opaco a los rayos X. Lo más notable de estos dos casos, junto con los estudios experimentales comunicados por otros investigadores, indica que la hematuria y otros síntomas urinarios ocurridos después de la administración de sulfopiridina son causados por el depósito de los cristales de la droga y concreciones en el riñón y en los uréteres. Frecuentes exámenes de la orina, particularmente de las células rojas (hematíes) fueron demostrados durante la terapia a sulfopiridina.

La droga se interrumpirá o se dará cautelosamente, prudencialmente, si ocurre hematuria o si se sabe que la función renal del paciente ha disminuído.

R. V. A.


# Botica del Correo

Correo No. 163 Teléfono 31186

**Instrumentos de Cirugía**
Disección y Operatoria
Utiles de laboratorio
Colorantes para microscopía
Material de farmacia

**Fajas Ortopédicas**
Ptosis, intestino y riñón caído

**Bragueros**
Inguinales, escrotales y umbilicales
para adultos y niños.

**ESPECIALIDADES**
Nacionales y Extranjeras

**Productos Químicos**

**Especialidades de la Casa**

Sírvase reclamar los folletos científicos de estos productos.

**SOBRE LA EXACERBACION DE LA GLOMERULO NEFRITIS. — D. Seegal, J. Lyttle, E. Loeb, E. Jost y G. Davis. — The Journal of Clinical Investigación. — Julio 1940. — Voy. XIX Nº 4, pág. 569**

Los autores hacen un estudio documentado de 68 casos de Glomerulo Nefritis Crónica, donde en 13 casos ocurrió exacerbación del proceso.

Hacen notar que la exacerbación es más frecuente en los jóvenes que en el grupo de adultos; esto, en las series estudiadas.

En sus conclusiones, resaltan el hecho, de que las exacerbaciones en esta Nefropatía, son el resultado de una infección y que ella es debída principalmente al Streptococo Hemolítico Grupo A.

El efecto principal es una disminución transitoria más que permanente de la función renal.

Sin embargo, dícen los autores, como no hay correlación entre el tejido renal en trabajo y la función renal, cuando ésta se encuentra normal, es imposible determinar si la masa renal de tejido ha disminuído o nó en los casos donde hay decremento de la función renal.

En la mayoría de los casos estudiados en este trabajo, han tenído un período de latencia entre la infección y la exacerbación de 1 a 4 días.

Estos casos han sido estudiados en forma gráfica, indicándose los máximos de Albuminuria, Hematuría, Edema, Presión Sanguínea, Tasa de Urea en Sangre, etc.

**Nota del trad.**—En este trabajo, nada dicen las apreciaciones de Albuminuría, esto es, en lo que respecta a la Glomérulo Nefritis Crónica, por cuanto ya sabemos desde la Cátedra de Nosografía Médica, que la albúmina sólo indica compromiso tubular, lo cual es secundario, al proceso nefrítico mismo.

Por otro lado, las valoraciones de la Hematuria, se han hecho por medio de la prueba corriente de la sedimentación y observación entre lámina y laminilla en el microscopio. También sabemos, que la orina normal puede contener hematíes por lo que sólo la Prueba de Addis, en orina concentrada de 12 horas, ácida y con 1015 de Densidad, nos daría la evaluación correcta de sangre en la orina.

**R. V. A.**

* * *

**EL DIA MEDICO — 1940 No. 31 — A. Slauk: LOS DOLORES REUMATICOS Y SU TRATAMIENTO**

En primer término recomienda, lo que él denomina, el saneamiento focal: extirpación de focos dentales y amígdalinos. Juzga importante el tratamiento dietético: el régimen crudo, la cura de jugos de frutas, el régimen vegetariano; pero, sea lo que fuere, primordial es la reducción al mínimun de carne, pescado y condimentos.

El calor en sus diversas formas es auxíliar valiosísimo, conceptuando más eficaz al húmedo que al seco.

La iontofersis histaminica es recomendada particularmente en mialgias. No olvida al ejercício físico a realizar en condiciones especiales, a la piretoterapia, a las inyecciones intranerviosas, llamando la atención el que no se ocupe de la terapia antálgica por las inyecciones intradérmicas de diversas sustancias.

**H. R.**

## LO QUE DICEN LOS ALUMNOS—

En esta sección se dará cabida a las opiniones de los estudiantes de Medicina; y de las cuales, únicamente, ellos son los responsables.

## LA BIBLIOTECA DE LA F. DE CIENCIAS MEDICAS

Queremos, en este artículo, señalar algunas deficiencias de la Biblioteca de la F. de C. M.

En primer lugar, la calidad de los libros. Hay un enorme archivo de obras viejas que tienen toda la importancia que se quiera como documentos útiles para hacer historia y para tener un punto de partida, pero que dejan en ayunas, cuando no en error, sobre una serie de cuestiones nuevas, sin contar las que se encuentran en constante renovación y revisión. Los libros nuevos, en cambio, son muy escasos: pocos ejemplares y poca variedad; de tarde en tarde ingresa un tratado, generalmente después de mucho tiempo que ya estaba en las librerías de Lima. Cuando llega una obra interesante tenemos que leerla a larguísimo plazo, porque, a causa de su novedad, todos consultan el único ejemplar, cuando no se nos dice, en forma sistemática, que "está en consulta", o sea que se la ha llevado alguien para tenerla hasta cuando le plazca.

En cuanto al local, ni qué decir que es muy inadecuado. Con un mobiliario incómodo, una sala estrecha, muy fría en invierno y muy cálida en verano. No es exagerado afirmar que cuesta un sacrificio mantenerse, en forma continuada, en la sala de lectura; y ésto es tanto más grave cuanto que la mayoría de lectores son alumnos pobres, que no pueden costearse sus libros propios.

Con una bibliografía reducida y un local nada acogedor, la Biblioteca se convierte, dicho con toda franqueza, en un lugar algo odioso, otro poco aburrido y difícilmente agradable.

Fuera de estas cuestiones queremos plantear otra. Que la Biblioteca extienda su labor más allá de los límites que ocupa su local. Debe tender a la formación de las bibliotecas particulares sin descuidar la biblioteca principal. Esto implica la tarea de crear a los estudiantes las máximas condiciones favorables para que puedan comprarse libros: proporcionárselos a precio de costo, haciendo los pagos en pequeñas armadas compatibles de cubrirse con las escasas economías de los alumnos. Esto que no tiene nada de novedoso y que ya se hace en otras instituciones del lugar (por ejemplo en la Escuela de Ingenieros) sería de enorme utilidad para nosotros.

Ojalá nuestras reclamaciones no sean echadas en saco roto. Esperamos ser oídos. Las autoridades de la Facultad tienen la palabra.

OCTAVIO SANDOVAL D.
(7º año de Medicina)

---

## ¿SERAN ATENDIDAS LAS RECLAMACIONES DE LOS INTERNOS DE LA MATERNIDAD?

Acogemos con simpatía y prestamos todo nuestro apoyo a las justas reclamaciones de los compañeros. Tenemos derechos inalienables que, por abuso, constantemente se nos niega o se hace como que se olvidan. El primer derecho de todo estudiante es el de ser enseñado; si esta condición no se cumple no hay enseñanza y no hay labor docente.

Y en la Maternidad lo que no se hacía (actualmente ya se hace algo) era enseñar al alumno de séptimo año de Medicina, no porque se le considerase una catedral de sabiduría, sino exactamente porque se quería ver en él sólo al posible competidor de mañana, a quien, en consecuencia, había que obstaculizarle toda adquisición de conocimientos, sobre todo las técnicas de las especialidades. De esta manera, al Interno se le tenía en una situación falsa y desairada. No desempeñaba ningún papel activo y alguna vez se le disfrazaba de operador para presenciar, a la distancia, una intervención o para realizar los últimos menesteres, y hasta se daba el caso de ser llamado, cuando estaba de "guardia", para que se constituyera en busca del médico de guardia. Por ahí no faltó quien opinara que el Interno estaba de más y que lo mejor que podía hacer era presentarse a cobrar sus sueldos puntualmente, pudiendo estar todo el tiempo que quisiera ausente del hospital.



Desde luego, esto llevaba la intención de insinuarlo a cometer la inmoralidad de ganar sin trabajar.

Sabemos que las quejas de los Internos han sido atendidas parcialmente y esperamos que no se queden las cosas a medio hacer y que los alumnos sean tenaces en la campaña que han emprendido hasta conseguir la solución equitativa de todos sus problemas.

Protestamos enérgicamente contra la mentalidad mercantil de ciertos médicos y contra todos los intentos de corromper a la juventud. En la Maternidad, como en todas partes, existen excepciones honrosas a estos profesores y profesionales íntegros van nuestra reconocida gratitud y felicitación; a los otros, nuestra implacable condenación.

Para terminar, queremos dejar bien claro nuestro pensamiento frente a la profesión médica: la medicina es una ciencia de tan enorme trascendencia social que su ejercicio requiere una idoneidad intelectual y moral a toda prueba y la convicción de que el bien del enfermo está por encima de todo. Para alcanzar estos elevados fines hay que formar médicos de innegable competencia técnica y de conducta irreprochable. El primer deber de nuestros mayores es enseñarnos con el ejemplo. Así lo exije la nación al poner en nuestras manos el cuidado de la salud pública.

OCTAVIO SANDOVAL D.
(7º año de Medicina)

A los señores Estudiantes de Medi
SE INVITA A ADQUIRIR LIT
MUESTRAS QUE LA
Dr. A. WANDER
PONE A SU DISPOSI
DE SUS A
PIAG

Desde luego, esto llevaba la intención de insinuarlo a cometer la inmoralidad de ganar sin trabajar.

Sabemos que las quejas de los Internos han sido atendidas parcialmente y esperamos que no se queden las cosas a medio hacer y que los alumnos sean tenaces en la campaña que han emprendido hasta conseguir la solución equitativa de todos sus problemas.

Protestamos enérgicamente contra la mentalidad mercantil de ciertos médicos y contra todos los intentos de corromper a la juventud. En la Maternidad, como en todas partes, existen excepciones honrosas; a estos profesores y profesionales íntegros van nuestra reconocida gratitud y felicitación; a los otros, nuestra implacable condenación.

Para terminar, queremos dejar bien claro nuestro pensamiento frente a la profesión médica: la medicina es una ciencia de tan enorme trascendencia social que su ejercicio requiere una idoneidad intelectual y moral a toda prueba y la convicción de que el bien del enfermo está por encima de todo. Para alcanzar estos elevados fines hay que formar médicos de innegable competencia técnica y de conducta irreprochable. El primer deber de nuestros mayores es enseñarnos con el ejemplo. Así lo exije la nación al poner en nuestras manos el cuidado de la salud pública.

OCTAVIO SANDOVAL D.
(7º año de Medicina)

**A los señores Estudiantes de Medicina**

SE INVITA A ADQUIRIR LITERATURA Y MUESTRAS QUE LA CASA

**Dr. A. WANDER S. A. - BERNA**

PONE A SU DISPOSICION POR INTERMEDIO DE SUS AGENTES EN LIMA

**PIAGET HNOS.**

**Espaderos 554 —— Casilla 1678**

# NOTAS DE ACTUALIDAD—

## Obsequio del Prof Roffo.

El Profesor argentino Dr. Roffo, ha tenido la amabilidad de enviarnos varios libros y folletos de los cuales es autor; con los que nuestra Biblioteca ha hecho una adquisición valiosa. Al agradecer al Doctor Roffo, el envío en referencia, hacemos votos por el incremento del intercambio cultural y científico entre los profesores y estudiantes de América.

## Libros para nuestra Biblioteca

El distinguido Catedrático de nuestra Facultad, Prof. Fernando Wieland, ha obsequiado a la Biblioteca del C. E. M., diversos libros de Medicina y Cirugía en castellano, inglés, francés y alemán; que han de ser de positiva utilidad para el estudiantado de Medicina.

## Funcionamiento de la Biblioteca

La Biblioteca del Centro de Estudiantes de Medicina, funciona todos los días útiles de 7 a 9 p.m. Habiendo quedado regularizado dicho funcionamiento, no se harán más préstamos de libros a domicilio. Asimismo, se invita a los alumnos y ex-alumnos que actualmente tienen en su poder libros de la Bibiloteca, los devuelvan en el transcurso del presente mes; pues, a partir del próximo, se publicará una relación de los que no los hayan devuelto.

## Confraternidad Inter-Americana

Ultimamente estuvieron entre nosotros cuatro estudiantes norteamericanos de Medicina de la Universidad de Harvard, quienes con motivo de sus vacaciones viajaron al Perú, para estudiar en las Clínicas y Laboratorios Nacionales, la Enfermedad de Carrión. Aprovechando esta circunstancia, el Centro de Estudiantes de Medicina los recibió en actuación especial, en la cual el Secretario General c. Ernesto Delgado Febres les hizo entrega de un mensaje de confraternidad estudiantil inter-americana, que los estudiantes peruanos enviaban a sus colegas norteamericanos.

Es de desear que visitas como estas se repitan; a fin de cimentar cada vez más los vínculos que deben unirnos, no solamente como estudiantes de Medicina, sino también como ciudadanos de América.

## Nuevo Miembro de la Academia Nacional de Medicina

El Dr. Oswaldo Hercelles García, Catedrático auxiliar de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, ha sido incorporado a la Academia Nacional de Medicina, ocupando la vacante producida por la muerte del Prof. Dr. Oswaldo Hercelles, padre del nuevo académico. Felicitamos muy sinceramente al Dr. Hercelles.

## El Premio Unánue

Por unanimidad de votos, la Academia Nacional de Medicina ha conferido el Premio Unánue al Prof. de Fisiología Humana de la Escuela de Medicina Dr. Darío Acevedo, por los importantes trabajos de investigación que viene realizando. Esta nueva distinción que el Prof. Acevedo recibe, es una expresión de la constante y persistente obra de renovación en la cual se encuentra empeñado.

## Premio Camino

La Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión", ha conferido el Premio Camino, al Catedrático de Farmacología Dr. Carlos Gutiérrez Noriega. La Revista de los Estudiantes de Medicina aplaude, sin reservas, dicha distinción, pues el Prof. Gutiérrez es, incuestionablemente, uno de nuestros investigadores más serios y de mejor escuela.

## La Fiesta del Cachimbo

Como en años anteriores tuvo lugar la Fiesta del Cachimbo, organizada por la Asociación de Estudiantes de Ciencias Médicas, en la cual fueron "bautizados" los estudiantes inscritos en la primera matrícula de la Facultad de Ciencias Médicas.

## Exámenes para los alumnos de Primer Año

En repuesta a gestiones hechas por el C. E. M., el Decano de la Facultad ha informado, al Centro, que estos tendrán lugar en los últimos días de Octubre o en los primeros de Noviembre. No habrán prorrogados, dato del cual debe tomar debida nota el "primer lote de cachimbos".

## Prof. Honorio Delgado

Como consecuencia de un accidente se encuentra delicado de salud el Prof. de Psiquiatría Dr. Honorio Delgado. Hacemos votos por que prontamente se encuentre totalmente restablecido.

## Distinguido visitante

Se encuentra entre nosotros el Dr. Eduardo Cruz Coke, Catedrático Principal de Química Biológica de la Facultad de Medicina de Santiago de Chile y ex-Ministro de Salud Pública de dicho país. La personalidad científica del Prof. Cruz

Coke, bastante conocida entre nosotros, ha impreso un ritmo especial a nuestro mundo científico, durante la semana comprendida entre el 16 y el 21 de Setiembre; durante la cual ha sustentado interesantes conferencias, en diversas Instituciones y Centros científicos de Lima.

Para los estudiantes de Medicina dictó una interesante conferencia acerca de la "Fisiología y Psicología Social del deseo", en la cual, como en todas las que ha sustentado, puso de manifiesto sus cualidades de conocedor profundo de la materia tratada, de investigador y de orador ameno.

## Necrológicas

Los alumnos de 7º año de Medicina, Raúl Hernández García, Pedro Roggero G. y Ricardo Martínez F., han tenido la desgracia de perder a miembros de su familia, por lo que les presentamos nuestra más sentida condolencia.

## Respuesta del Decano de la Facultad de Ciencias Médicas al Instituto Sanitas

Of. No. 1059

Lima, 17 de Julio de 1940.

Señor Gerente del Instituto Sanitas Sociedad Peruana.

**Ciudad**

Me es grato dirigirme a Ud. para acusarle recibo de su muy atta. comunicación de fecha 28 del mes pasado, en el que se sirve participar a este Decanato que el Instituto de su digna Gerencia ha resuelto prestar su colaboración y ayuda al estudiantado de Ciencias Médicas, proporcionando sus productos para los estudiantes enfermos, sus Laboratorios para trabajos experimentales de los mismos, y la impresión cada año de la tesis de cuatro alumnos que hayan obtenido el mayor puntaje en sus años de escolaridad o que también por su condición económica no pudieran efectuarla, y también ofrece enseñar a los alumnos en sus laboratorios la fabricación y control técnico de las preparaciones.

En respuesta expreso a Ud. en mi nombre y en el de la Facultad de Ciencias Médicas, el agradecimiento, que se dignará Ud. hacer extensivo a los Miembros que componen el Instituto Sanitas Sociedad Peruana, por su generosa y altruísta ayuda que prestará esa prestigiosa Institución al estudiantado de Ciencias Médicas que es debidamente apreciada.

Aprovecho la oportunidad para ofrecer a Ud. el testimonio de mi atenta consideración.

**MAX GONZALEZ OLAECHEA**

## Olimpiadas Universitarias

Prosigue con todo éxito la organización de estas justas deportivas. El Comité Organizador, trabaja activamente para que el torneo alcance la trascendencia e importancia de la I Olimpiada. Todos los participantes se preparan con el ma-

yor empeño y es seguro concurran Delegaciones de las Universidades de Arequipa, Cuzco y Trujillo. La Facultad de Ciencias Médicas que posee el máximo galardón deportivo, conquistado a costa de su esfuerzo en la I Olimpiada no defraudará las espectativas que en sus representantes cifran todos los Fernandinos y para tal fin se preparan y esperan el inicio del certámen.

## Fiesta de la Primavera y Juegos Florales

Con profunda simpatía hemos asistido a la realización de los Juegos Florales y Fiesta de la Primavera organizados por el Centro Federado de Derecho de la Universidad Mayor de San Marcos, que ha culminado con la presentación de importantes trabajos literarios, filosóficos, de derecho y economía política, etc. Felicitamos, muy sinceramente, a los organizadores asi como a todos los que han contribuído al éxito de esta Fiesta. Por haberse realizado esta fiesta, cuando nuestra edición estaba casi terminada, no podemos suministrar mayores informes, lo que haremos en nuestra próxima edición.


REMINGTON

PORTATIL

La Máquina de Escribir preferida por los Profesionales y Estudiantes

Grandes Facilidades de Pago

REMINGTON RAND PERUANA S. A.

MERCADERES 566 — TELEFONOS 3099.-34991

# UNDERWOOD

5 MODELOS

Es el surtido de Máquinas
PORTATIL

FACILIDADES PARA EL PAGO.

**$ 10 Quincenales**

ANTIGUA CASA LEMARE Co.
Villalta 220

# Luis Gallo

HIGUERAS Nº 224

SE FABRICA TODA CLASE DE APARATOS
PARA CONSULTORIOS MEDICOS

Mesas Ginecológicas - Vitrinas - Porta-Irrigadores
Mesitas Auxiliares y Todo lo Concerniente.

INDUSTRIA NETAMENTE NACIONAL

# INSTITUTO SANITAS

# SOCIEDAD PERUANA

AVENIDA SAN MARTIN 137 — LIMA — PERU

**Este Instituto tiene a disposición de los SEÑORES MEDICOS—entre otros—los siguientes productos:**

- **ASCORBIL,**
  vitamina C, o ácido ascórbico, preparado inyectable, 25 y 100 mgrs. por amp.
- **BETAMIN,**
  vitamina B1 o Aneurina, preparado inyectable, 10 mgrs. por amp.
- **ASEPTIL**
  p-aminobencenosulfamida, en comprimidos con 0,33 grs. de cuerpo activo.
- **ASEPTIL ROJO,**
  solución inyectable al 5% de 4-sulfonamida-fenil-azo-8 acetilamino-1-naftol-3,6 disulfonato de sodio.
- **PIRASEPTIL,**
  alfa-p-aminobencenosulfamida-piridina, en comprimidos con 0,50 gr.
- **FOLICULINA,**
  hormona cristalizada del ovario en grageas de 1000 U. I. y en ampolletas de 1000 U. B. I.
- **PITUITROL,**
  hormona útero tónica del lóbulo posterior de la hipófisis en ampolletas con 3 y 10 Unidades Voegtlin.
- **INSULINA,**
  hormona pancreática, en frascos de 100 U. I.
- **PROMILINA,**
  protamina-zinc-insulina, en frascos de 200 U. I.
- **SANITROMBIN,**
  preparado protético-cefalínico concentrado antihemorrágico, inyectable.

**"Un laudable esfuerzo de la Industria Peruana"**

# Cada Día del Año

## —¡usted puede contar con leche fresca!

CADA día del año — no importa qué tan lejos viva usted de los establos — ni en qué clima — usted puede *contar* con leche "fresca".

La respuesta es sencilla — simplemente obtenga KLIM. KLIM es la mejor leche de vaca, en forma pulverizada, de la que sólo se ha extraído el agua, pero sin agregarle nada. Entonces se envasa en latas cerradas al vacío. Por eso es que KLIM se conserva perfectamente, en cualquier clima, *sin necesidad de refrigeración.*

Todo lo que usted necesita es mezclar KLIM con agua, y obtendrá al instante leche rica y deliciosa, con todo el sabor natural y el valor nutritivo de la mejor leche de vaca fresca.

Pruebe usted KLIM y se convencerá de su "frescura" absoluta y sabor exquisito. Compre una lata de KLIM ahora mismo. Si no puede obtenerla de su abastecedor, sírvase darnos su nombre y su dirección

***La Leche que se Conserva Siempre Fresca y Retiene su Sabor Natural***

DE VENTA EN LAS FARMACIAS

**Distribuidor Exclusivo:**

**FERNANDO CARVAJAL**

Jirón Arequipa 549 — Teléfono 34388 — Casilla 315

Lima


Imprenta "La Cotera".—Amargura 984.—Teléfono 13209